BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS.

0 1 2 3 4 5 (cm)

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENRI PLON,
IMPRIMEUR DE L'EMPEREUR,
RUE GARANCIÈRE, 8.

BULLETIN

DE LA

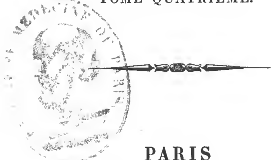
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1863.

DEUXIÈME SÉRIE

TOME QUATRIÈME.



PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1864

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

DE

CHIRURGIE DE PARIS

SÉANTE RUE DE L'ABBAYE.

Séance du 7 janvier 1863.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

— M. le président annonce à la Société que M. Putégnat (de Lunéville), membre correspondant national, et M. Burggræve (de Gand), membre correspondant étranger, assistent à la séance.

COMMUNICATION.

M. FORGET fait la communication suivante :

Anus imperforé et absence du rectum. — La communication faite par M. Trélat dans la séance du 17 décembre a soulevé une discussion un peu confuse, faute de ne pas s'être renfermée dans les limites exactes du sujet que notre collègue a eu spécialement en vue, et que j'ai essayé de préciser à la fin de la séance d'une manière succincte, me réservant d'y insister plus longuement lors de la lecture du procès-verbal.

M. Trélat a dit que dans les cas analogues à celui dont il a entretenu la Société, c'est-à-dire lorsqu'il existe chez un enfant nouveau-né un anus en apparence bien conformé, offrant tous les caractères extérieurs d'un anus normal, mais imperforé à une profondeur d'un centimètre environ, il n'hésiterait plus à proposer immédiatement l'établissement d'un anus artificiel par le procédé de Littre, convaincu que cette malformation particulière de l'anus coïncide avec une absence du rectum partielle ou totale, mais toujours dans une étendue telle, que vouloir aller à sa recherche par le périnée, afin de rétablir

l'écoulement des matières stercorales par la voie naturelle, c'est tenter une entreprise vaine, et faire une opération qui ne peut avoir d'autre résultat que de hâter la mort de celui qui en est l'objet.

Ainsi posée, la question se simplifie beaucoup. Elle laisse en dehors de son cadre les cas d'occlusion de l'orifice anal, cas très-fréquents, où cet orifice fermé par une membrane plus ou moins épaisse, est déprimé par les matières méconiales accumulées et retenues, et formant ainsi une tumeur dont la fluctuation n'est guère méconnaissable.

Il va sans dire que pour ces cas simples d'atrésie de l'anus, la pratique de M. Trélat ne diffère pas de celle de tous les chirurgiens; l'indication ici est formelle, il faut agir *in situ*, et personne à coup sûr n'y manquera.

C'est donc exclusivement pour les cas où il existe un anus normalement constitué, représentant une sorte d'infundibulum circonscrit de sa base à son sommet par des plis rayonnés et convergents, cette disposition anatomique s'observant en dehors de tout signe qui puisse faire supposer le voisinage de l'intestin; c'est, dis-je, dans ces cas seulement, que le conseil donné par M. Trélat devrait à son avis être suivi. Les conditions anatomiques particulières auxquelles il s'applique étant ainsi bien déterminées, le mode opératoire que notre collègue propose est-il aussi excessif qu'il le paraît de prime abord ? Je ne le crois pas ; et bien longtemps avant M. Trélat, j'en avais moi-même posé l'indication dans l'observation suivante, que j'ai écrite en 1842, c'est-à-dire il y a vingt ans, et qui n'avait pas encore été publiée.

Y a-t-il un rapport tératologique à établir entre l'existence d'un anus normal, mais imperforé, et l'absence du rectum?

Je fus appelé au mois de septembre 1842 par M. le docteur Lapp, pour examiner avec lui un vice de conformation de la région anale, que présentait l'enfant d'un de ses clients, né depuis trente-six heures.

Dans le lieu normalement occupé par l'orifice du rectum, il existe un enfoncement conoïde constitué par la peau que l'on dirait avoir été tirée de bas en haut et de dehors en dedans par sa face celluleuse, de façon à représenter une cavité qui figure assez bien un doigt de gant retourné en partie sur lui-même. On remarque sur toute la circonférence de cette cavité des plis rayonnés qui convergent tous de la base au sommet; si bien qu'à première vue il eût été facile de se laisser induire en erreur, et de croire à l'existence d'un anus normal, un peu plus élevé seulement qu'il ne l'est ordinairement.

Un examen plus attentif, et surtout l'exploration à l'aide d'une

sonde, ne laissèrent aucun doute sur l'imperforation de cette cavité, qui se terminait en véritable cul-de-sac et offrait un peu plus d'un centimètre de profondeur. En écartant les fesses, ce qui permettait d'effacer presque complétement les plis qui bordaient et oblitéraient en partie cette cavité que j'appellerai pseudo-anale, on pouvait voir son fond s'abaisser et se tendre transversalement chaque fois que l'enfant faisait des efforts pour crier, et aussi lorsqu'il était calme ; il semblait alors satisfaire à un besoin instinctif de défécation, qui se traduisait à l'extérieur par la contraction simultanée des muscles de l'abdomen et de ceux du périnée.

Plusieurs fois en titillant la peau de cette région, et plus particulièrement celle de la cavité pseudo-anale, je pus reproduire à volonté les phénomènes de contraction musculaire que je viens d'indiquer.

Le toucher, pratiqué pendant que cette contraction avait lieu, transmettait au doigt explorateur la sensation que donne un plan assez ferme, un peu dépressible, et doué d'une certaine résistance. Cette épreuve, plusieurs fois renouvelée, nous donna à mon confrère et à moi la certitude qu'il n'y avait pas la moindre apparence de fluctuation, comme cela s'observe dans les cas de simple occlusion du rectum, où les matières que renferme l'intestin ne sont séparées de l'extérieur que par la peau plus ou moins distendue et souvent fort amincie.

L'enfant atteint de la difformité dont il s'agit était fort, bien constitué, du sexe féminin ; il prenait le sein avec avidité, mais au lieu de le garder quelque temps, il le quittait brusquement en jetant des cris que j'expliquai par la perception d'une douleur abdominale assez vive, considérant la tension du ventre et sa sensibilité à la pression. L'enfant n'avait pas vomi depuis sa naissance. Les urines n'offraient aucun mélange de matières étrangères.

L'inspection des organes génito-urinaires ne présentait rien de particulier.

Le vice de conformation dont cet enfant était atteint, en s'opposant à l'issue du méconium, mettait ses jours en danger; il y avait donc nécessité d'agir promptement.

Aussi après en avoir délibéré avec mon confrère, bien que je n'eusse pas constaté lo voisinage de l'intestin par les signes caractéristiques qui l'annoncent ordinairement, je crus qu'il était prudent néanmoins avant de recourir à une opération infiniment plus grave, c'est-à-dire à l'établissement d'un anus anormal sur l'un des points de la cavité abdominale, de chercher le rectum en perforant la cavité pseudo-anale, qui pouvait, à la rigueur, par son fond, ne pas être très-éloignée de l'extrémité inférieure de l'intestin ; de telle sorte

qu'il eût suffi de perforer la peau et do disséquer dans une médiocre étendue pour ouvrir une issue aux matières méconiales.

Dans ce but, je plongeai dans l'excavation pelvienne un trocart explorateur de petite dimension, suivant le plan presque vertical que représente le sacrum, dont la courbure est à peine marquée chez l'enfant nouveau-né. Je pénétrai à 1 centimètre et demi de profondeur sans résultat; quelques gouttes de sang s'écoulèrent après cette opération.

Ayant remarqué que la peau et les parties molles de la région anale se laissaient refouler par le trocart à une certaine hauteur avant que celui-ci eût pénétré, je craignis de m'être laissé aller à une fausse appréciation, relativement au degré de profondeur à laquelle il était réellement arrivé dans le bassin. C'est pour cela qu'après avoir incisé et disséqué les téguments, je me servis d'un bistouri à lame très-étroite que je plongeai au centre de la région anale, le tranchant tourné vers la tubérosité ischiatique gauche, et le dos répondant à celle du côté droit. J'arrivai cette fois plus haut qu'avec le trocart, mais sans plus de succès. La lame de l'instrument ne présenta aucune trace de méconium; il ne s'écoula par l'ouverture pratiquée qu'un peu de sang.

L'extrémité du doigt portée dans le tissu cellulaire, le plus haut possible, ne me permit pas de reconnaître quoi que ce fût qui pût donner l'idée de l'intestin.

En présence de ces recherches négatives et de l'incertitude où elles me laissèrent sur le lieu occupé par ce dernier et même sur son existence, je ne crus pas devoir insister sur un mode opératoire qui pouvait, porté plus loin, exposer à des dangers sérieux. Aussi pris-je le parti d'établir un anus anormal dans la région iliaque droite, c'est-à-dire d'appliquer la méthode de Littre. J'en fis la proposition aux parents, qui la repoussèrent et à aucun prix ne voulurent y consentir. Je les engageai alors à faire une consultation, leur déclarant que pour moi il n'était pas d'autre parti de soustraire leur enfant à une mort certaine. Mes conseils ne furent pas suivis, et l'enfant fut envoyé en nourrice, où j'appris qu'il succomba le 28 novembre, huit jours après nos tentatives d'opération.

Un confrère de la localité, le docteur Duquesnel, m'adressa les pièces anatomiques, en même temps qu'il me donna des détails qui ne sont pas sans intérêt pour l'histoire pathologique de ce vice de conformation.

Ces détails nous apprirent que depuis le jour où nous tentâmes l'opération dans la région anale, l'enfant n'avait rendu aucune matière méconiale par la voie que nos instruments avaient frayée : il n'y a pas

eu de vomissements, bien que le ventre ait été fortement tendu, ballonné, et très-sensible à la pression. L'enfant s'est beaucoup agité ; il n'a cessé de crier, de se plaindre ; on a pu constater qu'il souffrait beaucoup de coliques.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, on trouva tous les viscères à leur place habituelle ; le canal digestif était distendu par des gaz. Cette distension était très-marquée pour le côlon dans toute sa longueur. Les fèces étaient accumulées sous forme de bouillie épaisse sur la partie inférieure de cet intestin, dont la membrane muqueuse offrait tous les caractères d'une vive phlogose, surtout si on l'examinait près de sa terminaison.

Le point important qui nous restait à examiner était la situation du rectum, sa longueur, et le résultat de nos tentatives d'exploration par rapport aux organes intra-pelviens. Voici ce que la dissection et un examen attentif nous montrèrent :

Arrivé au niveau de l'articulation sacro-lombaire, un peu à droite de la ligne médiane, l'intestin présente un renflement considérable et se termine par un véritable cul-de-sac ; à partir de ce point la continuité du tube digestif est interrompue, et à la place du rectum il existe un faisceau de tissus cellulo-fibreux, qui mesure toute la hauteur de l'excavation pelvienne. Ce faisceau, qui a la forme d'un cordon un peu aplati, embrasse d'une part l'extrémité du côlon qu'il continue directement, et vient se rendre, d'autre part, à la peau, avec laquelle il a des adhérences intimes que l'incision et la dissection de celle-ci n'ont que très-incomplétement détruites. Une expansion légère de ce plan fibreux établit entre lui et le coccyx une connexion directe. Ce cordon offre deux faces : l'une, postérieure, regarde le sacrum, dont la sépare une assez grande quantité de tissu cellulaire infiltré de sang. Par sa face antérieure, il répond au péritoine qui le recouvre tout à fait en haut, là où il continue l'intestin dans une étendue de trois lignes environ ; du côlon le péritoine se prolonge sur le ruban fibreux, pour se réfléchir ensuite sur la matrice et former un cul-de-sac entre l'un et l'autre. A la hauteur du vagin, un plan fibreux s'accole à la paroi postérieure de ce conduit et y adhère si intimement qu'il est presque impossible de l'en séparer. J'ajouterai qu'il existe, suivant l'axe de ce plan fibreux, une cavité centrale qui en mesure presque toute la hauteur, et représente le trajet suivi par mon bistouri dans les recherches faites en vue d'arriver au rectum. J'acquis par là la preuve que j'avais bien exactement suivi la direction qu'eût dû avoir l'intestin, et que je l'eusse infailliblement rencontré si l'arrêt de développement eût été situé sur un point moins élevé. L'instru-

ment en effet était arrivé à un millimètre environ du cul-de-sac formé par le péritoine entre la face antérieure du ruban fibreux et l'utérus.

Quant au mode de continuité du cordon fibreux avec l'intestin, la dissection démontre que l'extrémité du côlon, renflée, arrondie, ovoïde, est reçue dans une sorte de cône constitué par sa membrane musculeuse, dont les fibres longitudinales convergent des divers points de sa circonférence pour se réunir en faisceau appréciable au point d'émergence du plan fibreux dans lequel elles se continuent et se perdent, se confondant avec les autres éléments qui entrent dans sa composition. Or, il ressort de mon examen que ces éléments sont ceux qui forment la structure normale du gros intestin, c'est-à-dire du tissu musculaire, disposé en fibres longitudinales, doublées d'un tissu fibro-celluleux ferme, résistant, vestige évident de la charpente fibreuse, comme M. Cruveilhier l'a appelé.

Cette description détaillée d'une malformation particulière et assez rare de l'anus chez les nouveau-nés intervient à propos dans la discussion soulevée pour la seconde fois au sein de la Société de chirurgie, pour combler une lacune due au laconisme des auteurs qui en ont mentionné des exemples.

Que le rectum puisse être remplacé par un cordon fibreux, cela était connu ; mais ce qui l'était très-imparfaitement, c'était la composition anatomique de ce cordon, son mode d'origine à l'intestin, sa terminaison au périnée et ses rapports avec les organes environnants. Or, la connaissance du fait tératologique qui précède explique le développement et la configuration du pseudo-anus formé extérieurement par le tégument externe, réfléchi et continu par sa face interne à la bande fibro-musculaire que je considère comme un rudiment du rectum avorté, et constituant la paroi commune à lui et au vagin, ainsi que l'a montré la dissection de la pièce anatomique.

Dans le résumé de cette observation, il convient de faire entrer plusieurs aperçus qui ont un intérêt sérieux pour la pratique.

C'est d'abord l'existence de ces contractions de la région anale, simulant l'effort qui préside à l'éjection des matières stercorales, et qui pourraient, en pareil cas, faire croire à la proximité de l'intestin. On saura dorénavant que ce phénomène a une valeur qui est loin d'être absolue, puisqu'il se produit dans le cas d'absence complète du rectum, à la condition que le sphincter existe et que le pseudo-anus se relie à l'extrémité de l'intestin situé même à une grande distance, au moyen d'un tissu fibro-musculaire qui établit de l'un à l'autre une solidarité physiologique facile à expliquer.

Anatomiquement considérée, cette variété de malformation ou

arrêt de développement laisse voir le danger que l'on court à vouloir atteindre l'intestin par la voie du périnée.

Sans doute, j'ai pu traverser la filière du bassin sans léser le vagin, et la pointe de mon bistouri n'a manqué l'ampoule intestinale que de 1 millimètre environ ; mais si l'on remarque, d'une part, l'épanchement sanguin auquel l'opération a donné lieu à l'intérieur du bassin, et, d'autre part, l'imminence de la lésion du cul-de-sac utéro-intestinal qui a failli en être la conséquence, on ne sera pas tenté, je crois, de renouveler une semblable expérience.

En supposant d'ailleurs que ce double accident, épanchement sanguin et lésion du cul-de-sac péritonéal, puisse être sûrement évité, à quoi aboutirait, je le demande, l'ouverture de l'ampoule intestinale à une semblable hauteur, sinon à donner lieu à une infiltration de méconium dans le tissu cellulaire pelvien? et, dans le cas où une sonde heureusement introduite jusque dans le côlon eût pu prévenir cette infiltration, à coup sûr l'art serait impuissant à utiliser d'une manière définitive et avantageuse la voie ainsi frayée au cours des matières fécales.

Je sais bien qu'Amussat, dans un mémoire qu'il a publié dans le journal l'*Examinateur médical*, en 1842, a cité des cas dans lesquels il est parvenu à disséquer le rectum situé au-dessus de l'anus imperforé, l'attirer et le fixer au niveau de celui-ci ; mais dans ces cas il y avait un rectum, et c'est ce qui ne permet pas de les rapprocher de celui qui nous occupe et qui d'ailleurs ne leur ressemble en rien.

En dernière analyse, je répéterai ce que j'ai pensé et écrit il y a vingt ans, que le procédé d'Amussat est impraticable dans les cas analogues, et si des faits assez nombreux viennent prouver qu'une disposition semblable à celle de l'anus que j'ai décrit se rattache à une anomalie intestinale du genre de celle qui précède, il faudrait peut-être se garder de toute tentative de recherche par le périnée, et recourir de suite à la méthode de Littre.

Ce précepte opératoire, donné par moi avec une certaine réserve en 1842, notre collègue M. Trélat le reproduit aujourd'hui d'une façon beaucoup plus affirmative. Légitimé par le fait que je viens de communiquer à titre d'indication rationnelle, l'est-il également à titre d'indication absolue ? C'est à notre collègue qu'il appartient de fixer à cet égard les incertitudes, en prouvant que la coïncidence anatomique qui lui sert de base est soumise à une loi tératologique d'une application constante, qui fonde un rapport nécessaire entre cette variété d'anus imperforé et l'absence de l'extrémité inférieure de l'intestin.

L'observation que j'ai rapportée vient sans doute à l'appui de cette

doctrine ; cependant ce n'est qu'un élément isolé qui interviendra utilement, je crois, dans l'étude de la question, mais qui ne suffit pas pour la résoudre.

Attendons pour cela des faits ultérieurs et plus nombreux.

DISCUSSION.

M. HUGUIER. J'ai déjà établi que l'S iliaque du côlon était situé à droite et non à gauche, que l'ampoule terminale de l'intestin mal conformé était à droite, et qu'il fallait dès lors pratiquer l'opération de ce côté. L'observation que nous communique M. Forget vient à l'appui de mon opinion. Dans le fait que j'ai relaté moi-même, il en était ainsi ; j'ai opéré à droite, et je suis arrivé sur l'intestin. Si ces faits se multiplient, il faudra bien changer la loi qui veut qu'on opère à gauche.

M. GUERSANT. Le fait de M. Forget vient à l'appui des opinions émises par M. Trélat ; mais il faut réfléchir à ceci, c'est que dans les absences d'anus il y a une foule de variétés. De ce que l'anus est bien formé, M. Trélat ne peut pas conclure que l'intestin ne sera pas tout près de ce cul-de-sac anal. Pour ma part, j'ai vu un cas dans lequel l'intestin existait. J'ai bien vu aussi quelquefois le cordon fibreux qui remplaçait l'intestin ; mais cela n'autorise pas M. Trélat à être aussi affirmatif.

M. FORGET. Je voudrais savoir de M. Guersant si dans le cas qu'il a observé il était facile de sentir la fluctuation de l'ampoule terminale. Dans le cas de M. Trélat on ne la sentait pas, et cela l'effrayait. En dehors de la fluctuation, pouvons-nous accepter la signification donnée par M. Trélat ? Voilà toute la question. Mon fait ne vient pas d'une manière absolue à l'appui de l'opinion de M. Trélat. C'est un fait comme élément utile à cette opinion.

M. DEPAUL. L'observation de M. Forget est un exemple des nombreuses variétés d'oblitération du gros intestin. Vouloir rattacher ces faits à des lois de tératologie et subordonner ces lois à la fluctuation sentie dans le cul-de-sac anal, c'est, je crois, aller trop loin. Je m'élève donc contre cette opinion, qui veut qu'on opère par la méthode de Littre dans tous les cas. Je préfère chercher la fluctuation à travers le périnée. Personne ne niera les faits cités d'absence de l'extrémité terminale du gros intestin ; mais il y a des cas dans lesquels, l'anus existant, le gros intestin a été trouvé tout près, séparé seulement de lui par une mince membrane. La ponction a suffi alors pour remédier à la difformité.

M. GUERSANT. J'ai rencontré des cas dans lesquels j'ai pu atteindre l'ampoule terminale en suivant le cordon fibreux qui a pris la

place de l'intestin. Je ne suis donc pas d'avis que l'on emploie la méthode de Littre d'emblée, et je crois qu'il est préférable de chercher à travers le périnée.

M. FORGET. Je n'ai pas voulu conclure ; c'est un élément que j'apporte dans la discussion. Mais, en tout cas, actuellement je ferais encore comme j'ai fait, et je chercherais, avant tout, à constater la fluctuation, et dans le cas où elle ferait défaut, je me déciderais, quoique difficilement, à faire d'emblée l'opération de Littre.

Désarticulation de la mâchoire inférieure.

M. CHASSAIGNAC présente un malade sur lequel il a pratiqué la désarticulation totale de la mâchoire inférieure. L'opération date aujourd'hui de trois mois. Il n'y a pas eu le moindre accident après l'opération. La désarticulation a été rendue facile des deux côtés par la section préalable des deux apophyses coronoïdes. Cette opération a été faite pour une tumeur volumineuse de la mâchoire occupant surtout le côté droit, mais ayant envahi le côté gauche dans une étendue assez considérable.

ÉLECTION DES MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX.

26 votants ; majorité, 14.

Au premier tour de scrutin, les voix sont réparties de la manière suivante :

MM. Gaillard (de Poitiers).	24	MM. Brulet (de Dijon).	11
Ollier (de Lyon).	24	Delacour (de Rennes).	4
Bourguet (d'Aix).	21	Duboué (de Pau).	4
Lizé (du Mans).	21	D'Olier (d'Orléans).	1
Salmon (de Chartres).	19	Berchon.	1
Duval (de Brest).	16	Beyran.	1
Dubreuil (de Bordeaux).	13	Cade.	1
Isnard (de Metz).	12	Ehrman.	1

Un second tour de scrutin a lieu pour la nomination du septième candidat :

MM. Dubreuil.	15	M. Beyran.	1
Isnard.	10		

En conséquence, MM. Gaillard, Ollier, Bourguet, Lizé, Salmon, Duval et Dubreuil sont nommés membres correspondants nationaux.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 21 janvier 1863.

Présidence de M. Depaul.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend des lettres de remercîments de MM. Duval, Gaillard, Bourguet, Lizé, Ollier, Dubreuil, Salmon, que la Société de chirurgie a nommés membres correspondants nationaux, et des lettres de MM. Bernard Beck, Holmes Coote, Vleminckx et Sperino, qui remercient également la Société de les avoir nommés membres correspondants étrangers.

— M. Larrey présente à la Société, de la part des auteurs :

1° Les *Leçons de chirurgie professées à l'hôpital Saint-Barthélemy,* par M. Lawrence, de Londres, associé étranger;

2° Divers ouvrages portugais de M. le docteur J. A. Marquex, de Lisbonne, candidat au titre de correspondant étranger;

3° Un travail extrait des *Mémoires de médecine et de chirurgie militaires,* intitulé *Les fumeurs d'opium en Chine,* étude médicale par M. le docteur Libermann.

M. Morel-Lavallée, en quittant le fauteuil de la présidence, adresse à la Société des paroles de remercîment :

Messieurs et chers collègues,

Avant de descendre du fauteuil, je dois vous adresser tous mes remercîments pour le bienveillant concours qui a rendu ma tâche si facile. La Société s'est en quelque sorte dirigée elle-même, et n'a rien laissé à faire à son président. Point de ces digressions stériles qui font perdre de vue le point de départ, mais toujours le sujet serré de près, et la discussion menée droit à son but; point de ces personnalités irritantes qui affligent la science plus qu'elles ne l'éclairent, mais une parole toujours empreinte de modération et de convenance; un accueil plein de courtoisie pour les savants étrangers, auxquels vous réservez vos applaudissements. Dans les comités secrets, de graves questions ont été traitées et résolues en une seule séance par le bon esprit de tous, par une véritable conspiration du bien public. Voilà l'exemple que vous avez donné.

La Société me permettra-t-elle maintenant de lui exprimer un

vœu? C'est de la voir revenir aux communications écrites, dont elle s'écarte de plus en plus, sans s'en apercevoir. Cet abus s'étend jusqu'aux chirurgiens, qui viennent vous soumettre leurs recherches, ce qui, bien à leur insu, leur donne, comme on dit, l'air de faire une leçon; or il y a ici des maîtres qui en font et qui n'en doivent plus entendre. Vous voudrez retourner à vos anciennes traditions; ce sont d'ailleurs celles des sociétés savantes qui seront toujours nos modèles respectés. Ceux de nos collègues qui brillent par le talent de la parole, nous les entendrons peut-être avec moins de plaisir, mais à coup sûr nous les lirons avec plus de profit pour nous et pour eux; et puis ne les retrouverons-nous pas dans la discussion? Je serai peut-être des premiers à pencher du côté que je signale; mais bientôt — je vais au-devant de l'avertissement — je serais redressé par l'éminent collègue aux mains duquel vous avez remis un dépôt sacré, le progrès de la Société de chirurgie.

Cette pensée en amène une dernière que vous trouverez bien naturelle: la composition si distinguée du nouveau bureau nous laisserait quelque souci, si l'on pouvait craindre la comparaison quand on a fait son devoir.

Chers collègues, je vous remercie encore une fois, et de l'honneur que vous m'avez fait, et de l'indulgence que vous m'avez témoignée. (Très-bien! très-bien!)

DISCOURS DE M. DEPAUL.

Messieurs et chers collègues,

Avant de prendre possession de ce fauteuil, que je dois à votre extrême bienveillance, qu'il me soit permis de vous remercier du fond du cœur de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à diriger vos travaux pendant l'année qui commence.

Une Société comme la nôtre, qui depuis longtemps déjà a pris un rang élevé parmi les plus utiles et les plus considérées, n'a qu'à continuer sa marche dans la voie de progrès qu'elle s'est tracée.

Les difficultés inséparables d'une organisation première ont disparu. Nos séances sont sans cesse remplies par des communications variées et importantes. Vos discussions, toujours scientifiques, ont ce cachet de modération et de bon goût qui caractérise les vrais savants.

De pareilles conditions sont de nature à diminuer les craintes que devrait m'inspirer mon insuffisance. Je n'ai qu'à suivre la tradition qui m'a été léguée par les honorables prédécesseurs qui ont si bien compris les devoirs de la présidence, qu'à vous donner comme eux

l'exemple de l'exactitude, de la modération, de l'impartialité; qu'à maintenir les droits de chacun, et avant tout à veiller à ce que rien ne porte atteinte à la dignité de la Société de chirurgie.

Sous tous ces rapports, Messieurs et chers collègues, vous pouvez compter sur moi.

Je suis sûr d'être l'interprète des sentiments de tous en adressant des remercîments au président dont les fonctions expirent, et qui, par son zèle infatigable aussi bien que par une fermeté toujours empreinte de bienveillance, a su si dignement conduire nos débats.

A M. le secrétaire général, dont vous avez vu avec regret les fonctions se terminer, mais qui a laissé parmi nous le souvenir de cinq années de dévouement et d'efforts incessants pour la prospérité de la Société.

A MM. les secrétaires annuels, qui ont si bien rempli leur mission difficile, et qui, par la clarté et l'exactitude de leur rédaction, ont réussi à donner à nos procès-verbaux un véritable intérêt.

Enfin à notre archiviste et à notre trésorier, auxquels vous avez prouvé, par une réélection faite par acclamation, combien vous saviez apprécier leur utile coopération

— Sur la proposition de **M. LE PRESIDENT**, et après une courte discussion, la Société décide que le discours de M. Morel-Lavallée et le compte rendu de M. Béraud, lus dans la dernière séance, seront insérés dans les *Bulletins*, et que l'éloge de Brodie, prononcé par M. Giraldès, sera publié d'abord dans les *Bulletins* et inséré ensuite dans les *Mémoires de la Société*.

— **M. LE PRESIDENT**, aux termes de l'article 41 du règlement, tire au sort les noms des cinq membres de la commission chargée d'examiner les comptes de la Société.

Ce sont MM. Larrey, Desormeaux, Legouest, Marjolin et Guérin.

Puis il procède au tirage de trois autres noms formant la commission chargée de faire un rapport sur l'état des archives et de la bibliothèque.

Le sort désigne MM. Richard, Bauchet et Desormeaux.

M. DEBOUT. Il y a quelques mois, j'ai mis sous les yeux de la Société les moules en plâtre d'un pied-bot que M. Delore avait traité par l'emploi combiné de la ténotomie des mouvements forcés et d'un appareil à traction continue. Les bons résultats constatés étaient d'autant plus remarquables que la difformité était congénitale et que le malade avait dépassé l'âge de vingt ans, époque de la vie après laquelle on regardait la difformité comme incurable.

L'intérêt qui s'attache à ce fait a engagé notre confrère de Lyon à

tenir la Société au courant de la marche de cette guérison. Le malade quittant Lyon pour quelque temps, M. Delore a fait mouler de nouveau ce pied et vous en adresse un exemplaire, afin que vous puissiez mieux apprécier les modifications survenues.

Un intervalle de six mois s'est écoulé entre la prise de ces deux empreintes, et ce nouveau moule vous permettra de constater que le pied est plus fort et mieux nourri. Il reste plus court d'un centimètre que l'autre ; ce fait, dû à l'arrêt de développement pendant la période de déformation, est irrémédiable.

Un progrès non moins sensible est le degré de flexion ; aujourd'hui le pied forme facilement l'angle droit avec la jambe, ce qui n'avait pu être obtenu tout d'abord d'une manière aussi complète. Les mouvements dans toutes les autres articulations s'exécutent avec une entière liberté.

F... marche toute la journée et sans fatigue.

LECTURE.

M. VERNEUIL commence la lecture d'un travail intitulé *Note sur une affection singulière des mains non encore décrite,* par M. Mirault (d'Angers), suivie de remarques sur la nature de cette affection, et sur la place qu'elle doit occuper dans le cadre nosologique.

Encéphalocèle.

M. DOLBEAU. La Société de chirurgie s'est toujours occupée des tumeurs du crâne. Un cas d'encéphalocèle qui lui a été présenté par notre collègue M. Guersant, est resté célèbre à cause même d'une erreur de diagnostic qui a succédé à l'examen de l'enfant.

Je viens aujourd'hui vous montrer une pièce anatomique qui, je l'espère, vous paraîtra intéressante.

M. Depaul, en me cédant le service des Enfants assistés, recommanda à mon attention un petit malade qui portait une tumeur de la racine du nez. Le siége de cette grosseur me fit songer aussitôt à une hernie cérébrale ; telle n'était pas l'opinion de M. Depaul, et l'examen des caractères de cette tumeur me fit abandonner ma première idée. En effet, la tumeur paraissait assez libre ; elle était pédiculée, mais nulle part on ne pouvait constater une perforation des os. La masse était absolument irréductible, et ses parois, au lieu d'être minces et transparentes comme cela s'observe dans les encéphalocèles, étaient épaisses, denses. Par places il y avait des noyaux fermés et résistants.

La tumeur n'avait aucun des caractères des masses érectiles, et nous étions arrivés à formuler le diagnostic suivant : Tumeur consti-

tuée par l'hypertrophie des tissus sous-dermiques, fibro-celluleuse, sans connexions avec l'intérieur du crâne.

J'avais fait une petite réserve en faveur de ces tumeurs nerveuses congénitales, telles qu'on les a observées deux fois ; je veux parler des faits de MM. Depaul et Guersant. Cette réserve était motivée sur la présence de noyaux durs dans divers points de la tumeur et sur la grande sensibilité de la masse morbide.

Aucune médication n'a été entreprise, et l'autopsie est venue nous démontrer les dangers qu'aurait entraînés une intervention chirurgicale.

On a de plus constaté la grande épaisseur des parois de cette hernie du cerveau ; cette circonstance paraît insolite, et par conséquent digne d'être notée.

Rien dans ces parois n'a pu expliquer cette sensation de noyaux multiples ; mais il est resté évident que ces bosselures n'étaient pas formées par les petites masses cérébrales contenues au centre de la tumeur.

En résumé, tumeur pédiculée non réductible, située à la racine du nez, c'est-à-dire ayant tous les caractères de l'encéphalocèle, mais en différant par une épaisseur considérable, 1 centimètre et demi, des parois de la hernie. Voici l'observation :

Enfant mâle, né le 15 novembre 1862, entré au service le 27 du même mois : pas d'antécédents avant son entrée ; pas de renseignements certains depuis qu'il est à l'hôpital ; seulement la surveillante du service affirme que la tumeur que cet enfant porte à la racine du nez, et dont nous parlerons bientôt, s'est enflammée à plusieurs reprises, et que l'enfant, dans les premiers temps de son séjour à l'hôpital, jouissait d'un état de santé général très-satisfaisant.

Etat actuel, 5 *janvier* 1863. — Faiblesse extrême, figure pâle, vieillie, ridée ; amaigrissement général très-notable ; inanition.

Le petit malade présente à la région fronto-nasale une tumeur arrondie, globuleuse, du volume d'un œuf de poule de moyenne grosseur environ, d'origine congénitale et qui d'ordinaire ne s'accompagne d'aucun changement de couleur à la peau.

La base de cette tumeur, qui forme un rétrécissement très-marqué, correspond par son centre à la suture fronto-nasale, et se prolonge en haut à un centimètre et demi environ de cette suture, en bas jusqu'au lobule du nez et latéralement jusqu'à l'angle interne des deux yeux. Lorsque l'enfant est couché sur le dos, la tumeur tend à s'incliner à droite et à recouvrir l'œil correspondant. Sa consistance est molle, pâteuse, inégale dans les différents points de son étendue, et il existe deux noyaux d'induration volumineux, segmentés en noyaux

secondaires et situés aux extrémités du diamètre transverse. Facilement dépressible sous le doigt, elle revient bientôt à sa première forme, mais en conservant d'une manière appréciable et pendant quelques instants l'impression du doigt, si bien qu'on serait tenté de croire à l'existence d'un peu d'œdème. Après qu'on l'a palpée quelque temps, elle est rouge, un peu ridée, et paraît avoir diminué de volume. Du reste, il n'y a ni battements ni fluctuation appréciables. D'un jour à l'autre elle paraît plus ou moins tendue : elle rougit et se tend par les cris et les efforts de l'enfant, ce qui avait été observé dès les premiers jours par la surveillante du service. Elle est tout à fait irréductible ; si l'on promène le doigt, aussi bien que possible, sur les différents points de sa base, on n'observe aucune altération du squelette ni aucune adhérence, et la tumeur paraît libre de toute communication avec les cavités voisines. Elle semble être superficielle et ne former qu'une dépendance de la peau, si bien que lorsqu'on la saisit à pleine main et qu'on lui imprime des mouvements en divers sens, on dirait qu'elle se déplace en totalité.

Nous noterons enfin qu'elle paraît indolente spontanément, mais qu'on fait crier le petit malade lorsqu'on la presse même légèrement entre les doigts.

Le 7, l'état général s'est aggravé rapidement, et le malade est mort dans la nuit du 6 au 7, sans qu'aucun traitement ait été institué.

Le 8 janvier, autopsie. La tumeur est diminuée de volume, ridée, flasque et comme infiltrée de sérosité. On détache avec soin les parties molles de la face, après avoir fait trois incisions, dont l'une horizontale divise les téguments du front dans toute sa largeur, et les autres verticales partent des extrémités de la première et se terminent à la commissure des lèvres. On arrive ainsi jusqu'à la base de la tumeur, et on reconnaît qu'il existe une perforation du squelette siégeant au niveau de la suture fronto-nasale et du côté droit. On constate, en outre, que la moitié droite du frontal fait une saillie de 1 ou 2 millimètres en avant de la moitié gauche, circonstance qui avait été notée pendant la vie, mais qui n'avait pas fixé l'attention. On enlève la calotte crânienne, et le cerveau est retiré fragment par fragment, en procédant d'arrière en avant. L'hémisphère gauche est sain, mais l'hémisphère droit présente des lésions remarquables. Le ventricule latéral correspondant est rempli par une abondante collection séreuse ; il est énormément dilaté, et se prolonge au loin dans les lobes frontal et occipital. Le corps calleux est refoulé en haut, aminci et représenté par une lame de substance nerveuse d'une extrême ténuité. Rien dans le ventricule moyen, ni dans le ventricule latéral gauche. L'extrémité antérieure du lobe frontal droit fait her-

nie à travers une perforation qui, commençant à la partie antérieure de la lame criblée, à droite de l'apophyse crista-galli, vient se terminer à la suture fronto-nasale droite. Le ventricule latéral ne se prolonge pas dans la portion de cerveau herniée, mais il s'arrête à 1 ou 2 centimètres en arrière de la perforation du squelette.

La tumeur est alors incisée suivant son diamètre vertical. On constate qu'elle est formée extérieurement par du tissu cellulaire infiltré de liquides et de produits plastiques, induré par places, et constituant la plus grande partie de la tumeur ; il n'existe d'ailleurs aucune trace de vascularisation anormale. Ce tissu cellulaire circonscrit une très-petite cavité séreuse, dans laquelle se trouvent des noyaux de substance cérébrale représentant assez bien des fragments de circonvolution. Ces noyaux se partagent en deux groupes : le groupe externe est composé de deux noyaux indépendants et adhérents à la paroi de la cavité séreuse ; le groupe interne est composé de quatre ou cinq noyaux distincts en avant, mais réunis en arrière et se continuant par un pédicule étroit avec la partie antérieure du lobe frontal droit.

Voici, pour terminer, quelques mesures relatives aux dimensions de la tumeur :

Circonférence prise vers la partie adhérente, 12 centimètres ; circonférence à la partie moyenne, 13 centimètres ; distance de haut en bas, 9 centimètres.

DISCUSSION.

M. GUERSANT. Dans une tumeur analogue à celle que nous montre M. Dolbeau, et qui occupait l'angle interne de l'œil, on trouvait des pulsations ; je pense que si on n'en a pas senti ici, cela dépend de l'épaisseur considérable de la tumeur.

M. BLOT. Je ne partage pas l'opinion de M. Guersant quant à la nécessité des battements dans l'encéphalocèle. J'ai vu une tumeur plus volumineuse que celle-ci et occupant la même région, à parois minces, et qui n'offrait aucun battement. On a pu cependant constater à l'autopsie une communication de la tumeur avec les ventricules latéraux. Je crois donc que l'épaisseur des parois n'est pas la cause de l'absence de pulsations, et que celles-ci peuvent manquer en dehors de cette circonstance.

M. GUERSANT. Je ne prétends pas que les battements soient un caractère nécessaire de l'encéphalocèle ; mais je crois que l'épaisseur des parois, la petitesse du pédicule, peuvent les empêcher de se produire ou tout au moins les rendre imperceptibles.

M. RICHARD. En examinant la pièce de M. Dolbeau, je suis frappé

de la disposition de la substance cérébrale à l'intérieur de la tumeur; elle forme des mamelons. Je n'ai jamais vu une pareille disposition lorsque j'ai disséqué de ces tumeurs, et je ne sais pas si d'autres ont rencontré quelque chose d'analogue.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. **WECKER** montre une malade affectée de luxation congénitale du cristallin, et sur laquelle il se propose de pratiquer une opération ayant pour but de déplacer la pupille.

Une commission composée de MM. Larrey, Morel-Lavallée, Jarjavay, est chargée de donner son avis sur l'opportunité de l'opération.

— La séance est levée.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 28 janvier 1863.

Présidence de M. DEPAUL.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

CORRESPONDANCE.

Michaelis. *Der contagionstreit in der Lehre von der Syphilis.* Vienne, 1862, in-8°.

Morel-Lavallée. *Appareil en gutta-percha pour les fractures des mâchoires.* Paris, 1862, in-8°.

Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon; t. Ier, 1861-1862, in-8°.

— M. le Dr Chassaniol, 2e chirurgien en chef de la marine à Brest, adresse un manuscrit intitulé *Considérations générales tendant à prouver les avantages d'un lien simple et fin dans la ligature des principales artères.* (Commissaires : MM. Legouest, Jarjavay et Broca.)

— La Société reçoit des lettres de remercîment de MM. Sangallo Giacomo (de Pavie), Kilian (de Rome), Pirogoff, récemment élus membres correspondants étrangers, et de M. Heyfelder, nommé associé étranger.

La Société a reçu une lettre de M. Berne, chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité de Lyon, par laquelle ce chirurgien annonce

avoir pratiqué une opération d'anus contre nature chez un enfant né avec une imperforation anale, en cherchant l'S iliaque du côté droit, selon la recommandation de M. Huguier. M. Berne ajoute que depuis cette opération il a trouvé l'S iliaque encore à droite chez des enfants morts au bout de 1, de 2, de 3, de 4 jours.

— MM. Perrin et Lallemand font hommage à la Société de leur *Traité d'anesthésie chirurgicale.*

Des remercîments sont adressés à MM. Perrin et Lallemand.

M. MARJOLIN. J'ai été chargé d'examiner une lettre de M. Cornaz, qui consulte la Société sur plusieurs cas de diphthérite. Il n'existe dans cette lettre aucun fait qui puisse servir de base aux renseignements demandés. M. Cornaz annonce qu'il enverra un mémoire devant contenir des observations. Je pense qu'il y a lieu d'attendre ce mémoire, et je propose de répondre en ce sens à M. Cornaz.

M. GIRALDÈS. Dans un des procès-verbaux imprimés, j'ai lu une assertion qui n'est pas conforme à la réalité et dont je demande la rectification.

On dit que M. Huguier a établi que l'S du côlon était située à droite et non à gauche, comme on le croit généralement ; or, selon moi, M. Huguier n'a rien établi, car, qui dit établir dit démontrer, et les faits anatomiques et pathologiques démontrent que l'S iliaque est à gauche et exceptionnellement à droite.

Lorsque Robert fit son rapport à l'Académie, j'ai fait des recherches sur 150 enfants d'un à quinze jours, et 30 fois seulement j'ai trouvé l'S du côlon à droite. J'ai compulsé tous les cas d'anus imperforé publiés dans les *Bulletins de la Société anatomique*, j'ai trouvé un seul cas, celui de M. Tardieu, d'S iliaque située à droite.

Aux Enfants-Malades, j'ai pratiqué six fois l'opération de Littre, et six fois l'S du côlon était à gauche; dans les opérations faites par les autres chirurgiens, il en a été toujours de même. En consultant les notions embryologiques, on trouve qu'à aucune époque l'S iliaque n'est à droite.

C'est donc une règle malheureuse que celle posée par M. Huguier de faire l'opération à droite; on s'expose ainsi à être obligé d'aller à la recherche de l'intestin dans le ventre et à compliquer une opération déjà fort grave. En résumé, il faudrait que M. Huguier nous apportât des faits avant de pouvoir dire qu'il a établi ou démontré la proposition qu'il énonce.

M. HUGUIER. Je ne sais si j'ai dit que j'avais établi une règle, ou si je me suis servi de toute autre expression, cela me paraît peu important. Je veux seulement répondre que j'ai apporté des faits qui dé-

montrent que la fin de l'S iliaque, après avoir été à gauche, se porte à droite.

Résection du maxillaire inférieur. — Déformation consécutive de la voûte palatine.

M. LEGOUEST montre le malade auquel il a enlevé la plus grande partie du corps maxillaire inférieur pour un kyste alvéolo-dentaire. Ce malade porte un appareil prothétique qui rétablit la continuité de la mâchoire inférieure, tout en s'opposant au rapprochement des fragments.

Cet appareil dissimule la difformité, sert à l'articulation des sons et à la mastication; seulement, dans l'accomplissement de ce dernier acte, le malade éprouve vite de la fatigue dans l'articulation temporo-maxillaire droite.

Une plaque métallique, appliquée sur la voûte palatine et s'appuyant sur l'arcade dentaire, a pour but de prévenir la déformation de la voûte palatine, qui succède aux résections du maxillaire inférieur.

Les gravures ci-dessous donneront une idée de la perte de substance et de l'appareil prothétique destiné à la combler.

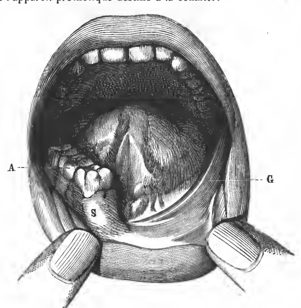


Fig. I. *Mutilation du maxillaire inférieur.*

S. Portion restante de la branche droite de l'os supportant trois dents molaires A.

G. Arc fibreux sur lequel repose la base de l'appareil.

Fig. II. *Appareil contentif* destiné à s'opposer à la déformation de l'arcade dentaire supérieure.

Fig. III. *Appareil vu de profil.*

A. Lames métalliques destinées à embrasser la couronne des dents conservées.

B. Base de l'appareil supportant l'arcade dentaire artificielle.

O. Extrémité de l'appareil venant prendre son point d'appui sur la branche montante du maxillaire. Ce point d'appui est assez considérable pour repousser la partie restante du maxillaire A S et rétablir ses rapports avec l'arcade dentaire supérieure.

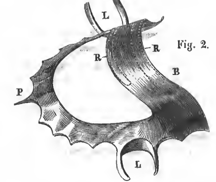


Fig. 2.

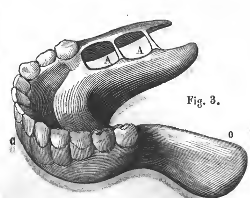


Fig. 3.

M. DOLBEAU. Je suis très-heureux de la communication de M. Legouest. J'ai attiré l'attention des chirurgiens sur les déviations qui succèdent à la résection d'une partie de la branche horizontale de la mâchoire inférieure.

Cette complication est une des raisons qui me font éloigner autant que possible la résection d'une portion de la mâchoire inférieure. En effet, à la suite de la résection, la grande portion de la mâchoire qui reste, c'est-à-dire le côté de l'os opposé à celui de la résection, se porte en dedans, et bientôt les dents restantes de la mâchoire in-

férieure cessent de correspondre à celles de la mâchoire supérieure, d'où une grande difficulté dans la mastication.

Dans mon mémoire sur les enchondromes de la mâchoire, j'ai parlé d'un appareil destiné à remédier à cette déviation; mais je dois dire que c'est la première fois que je puis constater un résultat parfait; l'appareil que porte le malade de M. Legouest me paraît résoudre très-bien la difficulté.

A l'avenir, on ne devra plus repousser la résection, dans la crainte d'une déviation consécutive.

Je viens d'apprendre de M. Legouest quelque chose que j'ignorais; je veux parler de la déviation des dents de la mâchoire supérieure et de la diminution de la voûte du palais à la suite des résections de la mâchoire inférieure.

J'apprends en même temps une complication de la résection et le moyen d'y remédier, en employant un petit appareil semblable à celui qui a été appliqué chez le malade qui nous a été présenté.

M. DEBOUT. L'appareil prothétique porté par le malade de M. Legouest se compose de deux parties bien distinctes. La première a pour objet de suppléer la moitié du maxillaire qui a été enlevée.

La partie la plus originale et la plus nouvelle de cette mâchoire artificielle est une espèce d'aile, de prolongement de la branche horizontale, allant prendre un point d'appui sur la branche montante et sur la partie restante du maxillaire inférieur. Ce point d'appui est précieux, puisqu'il permet de repousser le reste de l'os sous l'arcade dentaire supérieure et de rendre possible la mastication.

La partie de l'appareil sur laquelle je désire surtout appeler l'attention, est la pièce palatine que M. Préterre a fabriquée dans le but de s'opposer à la déviation des dents molaires.

Larrey père a signalé, il y a longtemps, la voussure qui s'accomplit dans la voûte palatine après l'ablation d'une portion considérable du maxillaire supérieur. Il attribuait cette déformation consécutive au jeu des parties molles, en particulier à l'action des lèvres. La déviation des dents et la voussure palatino sont réelles, quoiqu'elles ne s'observent pas dans tous les cas; mais, alors même qu'elles existent, je me demande si, dès que l'appareil prothétique est venu rétablir la constitution anatomique de la mâchoire inférieure, il est encore nécessaire de faire porter cette pièce au mutilé? Tant que la restauration n'est pas accomplie, je le comprends; il n'en est plus de même après : à supposer qu'un peu de retrait ait lieu, il sera au profit des fonctions des mâchoires.

M. LARREY. Ce que vient de dire M. Debout abrégera beaucoup les réflexions que je voulais faire. J'ai déjà eu l'occasion de signaler ce

qu'a dit mon père au sujet de la déformation de la voûto palatine. Les deux portions de l'arcade dentaire supérieure se rapprochent, ainsi que le montrent plusicurs pièces que j'ai données au musée du Val-dc-Grâce. Un moyen prothétiquo peut être très-utile en pareil cas.

M. MOREL-LAVALLÉE. Toutes les fois qu'après la résection de la mâchoire inférieure il restera une dent sur chaque tronçon de l'os, on pourra y fixer un arc de gutta-percha qui remédicra à la difformité.

M. TRÉLAT. Je cherche à expliquer la déformation consécutive de l'arcade dentaire supérieure, et je pense qu'elle dépend de ce que les dents supérieures sont privées de l'appui que leur fournissent normalement les dents inférieures, qu'elles dépassent en avant lorsque les mâchoires sont rapprochées.

M. DEBOUT. L'explication donnée par M. Trélat peut avoir quelque chose de vrai; mais il faut, je pense, tenir compte surtout de l'action des lèvres. Il existe des cas dans lesquels les deux arcades sont tellement rapprochées, que le malado ne peut se nourrir. Larrey père, Roux, ont insisté là-dessus.

M. LEGOUEST. Il y a longtemps que Larrey père a signalé ces faits, et sur des pièces du Val-de-Grâce on trouve les dents tellement rapprochées, qu'elles sont presque au contact ou même au contact par leurs couronnes.

Dans les faits de Larrey, il s'agit d'ablations étendues ou totales du maxillaire inférieur par des projectiles. A la suite de ces blessures, il y a des cicatrices considérables; les parties molles sont concentrées vers la ligne médiane, et agissent en ce sens sur les parties dures. J'ai prié M. Préterre de placer chez mon malade un appareil à la voûte palatine, quoique le rapprochement ait moins de tendanco à so produire après les résections partielles. Quant à l'ascension et à la déviation de la partie restante du maxillaire dont parle M. Dolbeau, elle a été signalée depuis longtemps ot par presque tous les auteurs.

M. FORGET. Je suis heureux des explications quo vient de donner M. Legouest, car j'étais étonné des précautions qu'on avait prises contre la déformation consécutive de la voûto palatine. J'ai vu un confrère opéré par Lisfranc il y a vingt-cinq ans; la moitié droite du maxillairo a été désarticulée, et il n'y a aucune difformité dans lo maxillaire supérieur. Il en est do même chez un malade que j'ai opéré il y a trois ans. Quand la résection est partielle, c'est par pure précaution qu'on applique l'appareil prothétique de la voûte palatine; ce point de vue est nouveau, car dans les faits de Larrey, comme l'a dit M. Legouest, le dégât était considérable.

— **M. VERNEUIL** achève la lecture du mémoire qu'il avait commencée dans la dernière séance.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Foucher.

Séance du 4 février 1863.

Présidence de M. Depaul.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Edmond Valette, docteur en médecine à Montpellier, adresse une observation d'imperforation de l'anus, avec ouverture du rectum à travers une ouverture du sacrum. M. Huguier est chargé d'examiner ce travail et d'en rendre compte à la Société.

Déformation de la voûte palatine (suite).

— **M. LEGOUEST** rappelle que l'appareil construit avec beaucoup d'habileté par M. Préterre, pour le malade qu'il a présenté dans la dernière séance, se compose de deux parties : l'une est une pièce prothétique destinée à remplacer la portion enlevée du corps de la mâchoire et prenant un point d'appui en dedans de l'apophyse montante conservée, de façon à rétablir et à assurer la rectitude et le contact des deux arcades dentaires; l'autre, appliquée sur la voûte palatine, a pour but de maintenir la conformation normale de cette région et la position régulière des dents de la mâchoire supérieure.

L'utilité de cette dernière pièce ayant été mise en doute par quelques-uns de nos collègues, M. Legouest met sous les yeux de la Société deux dessins d'anatomie pathologique propres à démontrer l'importance de la précaution qu'il a prise pour s'opposer à la déformation de la voûte palatine et à la déviation des dents.

Une des gravures représente la tête du nommé Verney, blessé à Iéna (1806) par un biscaïen qui lui enleva le corps de la mâchoire inférieure.

Ce blessé, dont il est parlé dans le tome V de la *Clinique* de Larrey, est mort à soixante-trois ans. La voûte palatine n'est pas sensiblement rétrécie, mais les dents molaires restantes ont été renversées et pour ainsi dire luxées en dedans, de telle sorte qu'elles sont presque au contact par leur couronne.

L'autre gravure est un portrait du nommé Retrouvé, blessé à Wagram par un biscaïen qui emporta le corps de la mâchoire inférieure. Retrouvé, dont l'observation est rapportée dans les leçons orales de

Dupuytren, est mort il y a peu de temps à l'hôtel des Invalides, où jadis M. Hutin le fit dessiner.

Ici les dents de la mâchoire supérieure ne se sont point renversées ni luxées en dedans; mais, conservant leur position verticale et restant toujours parallèles les unes avec les autres, elles se sont rapprochées de la ligne médiane par le rétrécissement et l'élévation en ogive de la voûte palatine.

En 1834, il existait entre la canine droite et la canine gauche une distance de 2 centimètres et demi, et entre les dernières molaires du côté droit et celles du côté gauche, une distance de deux centimètres; un intervalle régnait entre les dents intermédiaires. En 1856, la première mesure n'était plus que de dix millimètres, la seconde de onze millimètres, et l'intervalle médian n'existait plus, les dents étant au contact.

Si ces deux mutilés avaient porté un appareil contentif de la voûte palatine semblable à celui que porte l'opéré de M. Legouest, leur difformité ne se fût pas produite. Il est vrai que chez tous deux la rétraction des cicatrices consécutives aux vastes plaies avec perte de substance qu'ils ont subies, peut être invoquée pour expliquer d'une manière satisfaisante cette sorte de concentration des parties vers la ligne médiane; tandis qu'il est possible que rien de pareil ne se produise à la suite de l'ablation chirurgicale de la mâchoire inférieure.

M. Legouest n'étant pas complétement édifié sur ce point, a cru devoir prendre ses précautions.

M. DEBOUT. J'ai vu aux Invalides le dernier malade dont vient de parler M. Legouest; c'est en 1851 que M. Hutin a pris les mesures : il y avait encore alors une distance d'un centimètre entre les dents de chaque côté, mais on ne pouvait s'opposer en aucune façon au retrait de la voûte palatine, qui depuis a encore augmenté.

M. FOUCHER. J'ai fait venir ici un malade de l'hospice de la Vieillesse (hommes), le nommé Mercier, dont la voûte palatine présente à un haut degré le genre de déformation dont vous a entretenus M. Legouest.

Cet individu, que plusieurs d'entre vous connaissent, a été opéré en 1831 par Dupuytren, qui a enlevé tout le corps de la mâchoire inférieure brisée par un coup de feu. Aujourd'hui, si on examine la voûte palatine, on voit qu'elle a la forme d'une ogive.

Les dents, au lieu d'être implantées perpendiculairement, sont inclinées vers la ligne médiane, et celles de la partie antérieure sont presque horizontales. En avant, l'intervalle qui existe entre les couronnes dentaires n'est pas d'un demi-centimètre; en arrière, il y a encore 1 centimètre.

Une dent, restée sur le tronçon gauche du maxillaire inférieur, a acquis un volume très-considérable.

En observant la disposition des parties molles, on voit facilement que, dans les mouvements qu'elles exécutent, la lèvre supérieure s'applique fortement sur l'arcade dentaire, en même temps que ses extrémités sont attirées en bas. On acquiert ainsi la preuve que la déviation des dents et leur rapprochement de la ligne médiane sont dus, en grande partie du moins, à l'action des lèvres.

M. LARREY. Je veux seulement faire remarquer que j'ai déjà présenté ici le mutilé que nous montre M. Foucher, et que c'est moi qui l'avais présenté à Dupuytren il y a bien longtemps. C'est, en effet, un type complet de la déformation de la voûte palatine dont a parlé mon père, et j'ai relaté son observation dans le tome II du *Traité des blessures par armes de guerre* de Dupuytren.

J'ai aussi rendu compte, il y a dix ans, à l'Académie, dans un rapport sur un mémoire de M. Hutin, d'un autre invalide, Fremais, dont le menton avait été enlevé en Espagne par un biscaïen.

M. DEBOUT. Je désire ajouter quelques mots à ce que j'ai dit du malade de M. Legouest dans la dernière séance.

Ce malade porte deux appareils prothétiques. Il est aisé de comprendre toute l'utilité de l'appareil inférieur ; il s'enlève facilement pendant la nuit, et remédie parfaitement à la difformité. Il n'en est plus de même de l'appareil supérieur, qu'on ne peut enlever, et qui peut-être n'a pas la même utilité.

M. FORGET. Après avoir examiné attentivement le malade présenté par M. Foucher, et sur lequel il existe un rétrécissement de la voûte palatine qui affecte, comme on l'a dit, à un certain degré la forme ogivale, je ne pense pas que l'on puisse donner ce fait comme démontrant sans réplique qu'une semblable difformité des os maxillaires supérieurs soit une conséquence de l'ablation d'une partie ou de la totalité de l'os maxillaire inférieur.

En effet, sur le malade de M. Foucher, que je recommande de nouveau à son observation, il semble que la mâchoire supérieure a participé pour quelque chose à la lésion traumatique qui a nécessité l'amputation du corps de l'inférieure. On peut s'assurer qu'il manque plusieurs dents à l'arcade dentaire supérieure, et il existe sur la ligne médiane de celle-ci une rainure qui peut bien être la trace d'une ancienne lésion osseuse. Je noterai, en outre, que les moignons restants de l'os maxillaire inférieur sont juxtaposés et en contact de chaque côté avec la mâchoire supérieure, qu'ils compriment par un effort bilatéral dû à l'action des téguments de la face, que le retrait de la ci-

catrice a rendus trop étroits, pour ainsi dire, et qu'elle maintient très-fortement appliqués contre eux.

Or ce sont là des circonstances qui jointes à la nature de la cause vulnérante, que nous savons être un coup de feu qui a brisé la mâchoire inférieure, et produit probablement des désordres plus étendus et inappréciables aujourd'hui ; ce sont, dis-je, des circonstances qui peuvent rendre raison de la déformation actuellement observée dans le maxillaire supérieur, sans qu'on soit fondé à les rattacher à l'absence de l'os maxillaire inférieur.

Quant aux faits que M. Legouest nous a représentés par deux dessins, ils ne sont pas plus probants que celui qui précède : tous deux ont été pris sur des individus qui ont subi des résections du maxillaire inférieur, consécutivement à des blessures par armes à feu. Or qui ne comprend toutes les dissemblances qu'il y a dans le traumatisme et ses suites, lorsqu'il est produit par les projectiles de guerre, qui entraînent de vastes mutilations régularisées consécutivement par le chirurgien, ou lorsqu'il est déterminé artificiellement par l'ablation d'une tumeur de la mâchoire inférieure avec conservation des téguments et intégrité du maxillaire supérieur ?

Que ce dernier se déforme et dévie plus ou moins de sa situation physiologique dans les cas cités par Larrey, et qui étaient connus, cela ne veut pas dire qu'il en soit ainsi à la suite des opérations nécessitées par des lésions organiques de la mâchoire inférieure. Quant à moi, j'en doute fort, quand je songe que, en dehors des faits de la chirurgie militaire qui viennent d'être rappelés, rien de semblable n'a été indiqué dans les cas très-nombreux de résections du maxillaire inférieur qui ont été pratiquées.

M. RICHET. Dans la dernière séance, M. Forget a parlé d'un confrère opéré il y a trente-quatre ans par Lisfranc ; j'ai eu l'occasion de voir ce confrère le lendemain, je l'ai examiné, et j'ai pu constater que les dents ont conservé leur direction perpendiculaire, et que la voûte palatine n'a subi aucun rétrécissement. J'ai aussi revu hier le petit malade que j'ai opéré, et je me suis assuré qu'il n'y avait aucune déformation des maxillaires supérieurs. Je pense donc qu'après les ablations partielles faites par le chirurgien, la déformation a peu de tendance à se produire.

M. GIRALDÈS. Si l'on raisonne *à priori*, on sera tenté de croire qu'après la résection de la mâchoire inférieure, il doit se faire une modification dans l'harmonie des formes; mais cette question ne peut être décidée encore par les faits; il faut enregistrer ceux qui se présentent, et attendre pour en déduire une conclusion.

Immobilité de la mâchoire inférieure.

M. BOINET montre une jeune fille chez laquelle une gangrène de la bouche a produit, il y a trois ou quatre ans, une perte de substance de la joue et des lèvres, et des adhérences de ces parties avec les os, de telle sorte que les mouvements des mâchoires sont devenus impossibles.

Nous avons fait, dit M. Boinet, la section du maxillaire inférieur en avant des adhérences, d'après le procédé d'Esmarch. Aussitôt après la malade a pu prendre des aliments, mais les mouvements n'ont été que momentanés; l'os coupé s'est consolidé, et aujourd'hui l'enfant se trouve dans la même position qu'avant. Est-ce la faute de l'opérateur, ou est-ce que nous avons eu affaire à une enfant peu docile?

On peut se demander si l'on doit tenter autre chose; si, par exemple, on ne pourrait pas enlever une portion cunéiforme de l'os. Je ferai remarquer combien il est heureux que nous n'ayons rien tenté pour combler la perte de substance des parties molles.

M. DEGUISE. Je demande s'il existe un seul cas de guérison par le procédé d'Esmarch. J'ai opéré une petite malade en enlevant 1 centimètre et demi de l'os, et cependant l'immobilité des mâchoires s'est reproduite. Malgré le conseil donné aux parents de faire exécuter à la mâchoire des mouvements de bascule au moyen d'un coin en bois introduit dans la bouche, nous n'avons obtenu aucun bénéfice de l'opération.

M. CHASSAIGNAC. L'opération d'Esmarch m'a toujours paru contre-indiquée quand il existe encore de la mobilité articulaire, et l'on devrait, selon moi, la réserver aux cas dans lesquels il y a une ankylose vraie. Dans tous les autres cas, au lieu de faire la section de l'os comme opération première, il faudrait auparavant tenter tout ce qui est possible sur les parties molles, d'autant plus qu'un chirurgien italien est venu nous dire ici qu'il avait réussi par la section des adhérences.

M. VERNEUIL. Les observations publiées par Esmarch, par Rizzoli et les autres chirurgiens, n'ont peut-être pas été suivies pendant assez longtemps. La malade de M. Boinet s'est d'abord trouvée très-bien, puis la récidive a eu lieu par suite de la consolidation de la section. Il serait à désirer que MM. Rizzoli, Esmarch, Langenbeck, qui ont fait de ces opérations, nous fissent connaître leurs résultats définitifs. J'espère que ces chirurgiens, qui font partie de notre Société, qui connaissent nos *Bulletins*, répondront à l'appel que nous leur faisons. Déjà en France nous possédons un certain nombre de faits: MM. Boi-

net, Deguise, Bauchet, Marjolin, ont pratiqué cette opération chacun une fois.

En terminant, je ferai remarquer qu'il faut distinguer avec soin les cas dans lesquels l'excision a été faite en avant des adhérences de ceux dans lesquels elle a été faite à leur niveau.

M. DEGUISE. Je communiquerai à la Société l'observation complète de ma malade, que je pourrai même faire venir ici. Je ferai remarquer que c'est à la suite de l'ossification du cal fibreux interposé entre les deux fragments que la récidive a eu lieu.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. LARREY montre une pièce anatomique adressée à la Société par M. Isnard (de Metz), et qui est relative à un cancer de la mâchoire supérieure.

La pièce et l'observation de M. Isnard sont renvoyées à une commission composée de MM. Larrey, Huguier et Richet.

Ostéo-myélite de l'humérus.

— M. VERNEUIL présente une pièce sur laquelle on voit les lésions produites par une ostéo-myélite aiguë de l'humérus, avec abcès sous-périostique, nécrose circonscrite et fracture spontanée de l'os.

L'observation que je communique offre un intérêt particulier au point de vue de l'anatomie pathologique, des symptômes et de la marche de la maladie. La Société de chirurgie s'étant occupée à plusieurs reprises de l'ostéo-myélite et des abcès sous-périostiques, l'écoutera sans doute avec plaisir, car si elle ne démontre rien de nouveau, elle confirme d'une manière très-évidente certains points que nos discussions antécédentes ont déjà mis en relief.

La nommée Madeleine S..., âgée de trente ans, est depuis longtemps couchée dans mon service, salle Saint-Ferdinand; elle n'est atteinte actuellement d'aucune affection vénérienne; elle a été transférée d'un service de médecine voisin pour un trajet fistuleux très-ancien communiquant avec le foyer d'un abcès de la fosse iliaque, qui s'est développé il y a quatorze ou quinze ans, et qui à plusieurs reprises s'est fermé et rouvert en déterminant des accidents multipliés. Il serait trop long de raconter ces antécédents et les moyens qui ont été mis en usage; toutefois les lésions qu'on observe actuellement encore dans l'os iliaque du côté de l'abcès, la ténacité de la suppuration, l'insuccès des moyens et même des opérations qu'on a opposés à cette affection, sont bons à noter :

1° Parce qu'on peut supposer que l'os iliaque a été autrefois le siége de lésions analogues à celle que nous observons aujourd'hui;

2° Parce qu'en tout cas chez cette malade on constate la formation

facile du pus, et peu de tendance au contraire à la cicatrisation des foyers.

C'est du reste une grande fille, pâle, lymphatique, nonchalante, que la maladie déprime très-aisément, et qui à chaque récidive de son abcès iliaque présente de la fièvre, de l'abattement, du délire, et une prostration des forces très-marquée. Elle se rétablit aussi vite du reste.

Vers le milieu du mois dernier elle jouissait d'une bonne santé relative, et s'occupait dans la salle à rendre divers petits services. Pour tout traitement, elle prenait des toniques et des ferrugineux.

Le 21 janvier, elle se plaint d'une douleur vive occupant toute l'étendue du membre supérieur droit, depuis l'épaule jusqu'au bout des doigts, avec sensation de pesanteur et impossibilité des mouvements; datant de la veille au soir, ces douleurs ont acquis de suite une assez grande intensité pour troubler le sommeil. La malade leur assigne la cause suivante : quatre jours avant, le 17, par un temps froid, elle a lavé du linge et a conservé longtemps ce linge mouillé sur son bras nu.

Il n'y a pas de gonflement notable; la palpation de la main, de l'avant-bras, de l'épaule, est indolente; les articulations sont saines, et les mouvements communiqués ne provoquent aucune douleur; mais la pression exercée sur le bras, vers la partie inférieure, est assez pénible. Quelques frictions sont prescrites.

Dès le lendemain les symptômes se sont singulièrement aggravés : les douleurs sont devenues très-intenses. A trois travers de doigt au-dessus de l'articulation du coude, la pression arrache des cris à la malade, et dans ce point on perçoit distinctement un empâtement profond, fusiforme, formant une sorte de virole autour de l'humérus et rappelant les caractères d'un cal à la suite d'une fracture récemment consolidée. Du reste, point de tuméfaction générale du membre; aucun changement de couleur à la peau; rien du côté des lymphatiques, des ganglions ni des vaisseaux; nuls symptômes généraux, hormis la douleur. — Prescription : 10 sangsues *loco dolenti*, immobilité du membre, qu'on tiendra élevé sur un coussin; applications émollientes; à l'intérieur, iodure de potassium, 1 gramme.

Dans les deux jours qui suivent, le mal empire beaucoup : l'émission sanguine n'a procuré qu'un soulagement passager. Les sangsues ont même provoqué un gonflement considérable de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, qui, s'ajoutant au gonflement profond, déforme considérablement la partie inférieure du bras.

L'empâtement péri-osseux ne s'est pas étendu beaucoup dans le

sens longitudinal, mais il paraît avoir envahi les muscles. Les douleurs sont très-violentes, tout mouvement spontané les exaspère. La pression surtout est insupportable sur les faces interne et externe du membre, au niveau du gonflement. D'un autre côté, l'appétit se perd : langue blanche, soif vive, insomnie complète, fièvre assez forte, sans frisson marqué, mais avec exacerbations très-manifestes le soir ; constipation, abattement.

A partir de ce moment le diagnostic me parut très-clair. Je vis là un phlegmon sous-périostique, circonscrit dans une hauteur de 5 centimètres environ, faisant le tour de l'os et s'étendant aux parties molles voisines. Un peu d'œdème apparaissait, mais ce signe perdait de sa valeur en raison de l'inflammation phlegmoneuse déterminée à la peau par les sangsues, dont les piqûres commençaient à suppurer. Il paraissait certain qu'une collection purulente se formait dans la profondeur; mais on ne percevait point de fluctuation, et j'ajournai le débridement.

En effet, cette petite opération dans la région susdite ne laissait pas que d'être assez délicate. On ne pouvait songer à pénétrer jusqu'à l'os directement, ni en avant ni en arrière, à travers les couches musculaires. Il fallait inciser au niveau des cloisons inter-musculaires interne ou externe ; or, en dedans, on avait à éviter le faisceau vasculo-nerveux huméral, puis l'artère collatérale interne; en dehors, on pouvait rencontrer le nerf radial à sa sortie de la gouttière humérale et la terminaison de l'humérale profonde. Je résolus donc de temporiser encore et d'attendre une fluctuation plus évidente et un acheminement du foyer vers la peau. — Je fis placer au niveau du point malade un vésicatoire faisant le tour du membre ; à l'intérieur, le sulfate de quinine associé à l'opium, médicament qui m'a servi plusieurs fois à atténuer les douleurs de l'ostéite aiguë. Au préalable, du calomel fut donné pour combattre la constipation.

26 janvier. Tout est resté sans effet. Les symptômes s'exaspèrent encore ; le gonflement envahit presque tout le bras et l'avant-bras jusqu'au poignet. Les articulations, toutefois, ne sont ni roides ni douloureuses. L'état général s'altère. A la constipation a succédé une diarrhée répétée, pour laquelle je prescris le diascordium. Fièvre vive ; insomnie complète ; prostration. Je ne crus pas pouvoir temporiser davantage, et sans percevoir distinctement la fluctuation, je me mis en devoir d'aller à la recherche du pus.

Une incision de huit centimètres, parallèle à l'axe du membre, fut pratiquée un peu au-devant de la cloison inter-musculaire externe. J'incisai couche par couche la peau et le tissu cellulaire très-épaissis, l'aponévrose, une notable épaisseur de tissu musculaire ; arrivé

à 4 centimètres de profondeur, j'introduisis mon doigt vers l'humérus, et crus sentir un peu de fluctuation. La sonde cannelée pénétra jusqu'à l'os et, en effet, donna issue à une petite quantité d'un pus jaunâtre très-épais, s'écoulant avec peine. Un bistouri boutonné, substitué à la sonde, débrida en haut et en bas dans l'étendue de 5 centimètres environ. Pendant que le tranchant marchait vers le haut, la malade, qui n'avait jusqu'alors proféré aucune plainte, poussa un cri ; je soupçonnai sur-le-champ que le nerf radial avait été atteint. Je pénétrai de la sorte dans un foyer situé entre la face profonde du triceps et la face postérieure de l'humérus, foyer très-restreint, ayant à peine un centimètre d'épaisseur et ne dépassant guère en largeur les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Le diagnostic se trouvait vérifié et par le siége de la collection et par la dénudation de l'os, qui était rugueux et dépouillé de son périoste dans une petite étendue. Contre mes prévisions, le foyer ne paraissait pas entourer l'humérus ; il renfermait à peine une cuillerée à bouche de pus, et sans doute deux jours auparavant il eût été difficile à atteindre.

Une artériole musculaire avait été ouverte ; j'arrêtai le sang par la compression exercée trois ou quatre minutes avec la pulpe du doigt. Je voulus savoir de suite, par l'examen de la sensibilité de la main, si le nerf radial avait été divisé ; mais la malade, d'intelligence très-bornée, parlant à peine le français, et sous l'impression de la douleur, ne comprit pas mes questions et accusa dans toutes les régions de la main un engourdissement uniforme. Du reste, l'examen direct montra plus tard qu'en effet le cordon nerveux avait été complétement sectionné. Nous y reviendrons.

L'ouverture du foyer procura du soulagement, mais beaucoup moins que je ne l'espérais. Le lendemain, la plaie ne fournissait plus de pus. L'introduction d'une sonde cannelée jusqu'au foyer n'amena aucun écoulement. Aussi, comme le gonflement n'avait guère diminué, que la pression exercée au-dessus de l'olécrâne et à la face interne du bras continuait à provoquer des douleurs, je crus à l'existence d'un second foyer situé en avant ou en dedans ; mais j'espérais le voir s'ouvrir spontanément dans le premier. Je projetais une contre-ouverture ; mais je la différai, par les mêmes motifs qui m'avaient empêché de pratiquer primitivement l'incision sur la face interne. Plus tard, en voyant la marche que prenait la maladie, je me reprochai ma timidité ; mais la suite démontrera qu'un débridement interne aurait été tout aussi peu efficace.

L'hypothèse d'un foyer accessoire parut justifiée le lendemain. En effet, nous trouvâmes la plaie inondée d'un pus crémeux de bonne

nature, qui s'écoulait surtout en abondance quand on prenait la partie inférieure du bras au-dessus de l'olécrâne et de l'épitrochlée. En même temps se manifestait un grand amendement dans l'état local. L'avant-bras n'offre presque plus de gonflement, et le tiers supérieur du bras présente son volume normal ; la fièvre a diminué. La malade réclame quelques aliments. J'espérais maintenant que le pus s'écoulerait sans peine, et que nous pourrions nous en tenir là.

Le 29, même état ; suppuration toujours très-abondante. En faisant sortir le pus, je remarque qu'il est mélangé d'une infinité de gouttelettes huileuses extrêmement petites, et qu'on ne peut apercevoir qu'en regardant horizontalement la surface du flot liquide. Confiant dans mon diagnostic, je fais remarquer que ce caractère a été donné comme une preuve de la suppuration du tissu médullaire, mais qu'il peut aussi bien se rencontrer dans les abcès sous-périostiques, et qu'il ne saurait donc être considéré comme pathognomonique de l'ostéo-myélite. Je signale à dessein cette erreur de ma part. Je croyais faire une rectification fondée, tandis que, par suite d'une idée préconçue, je méconnaissais un signe qui avait ici précisément une grande valeur séméiotique.

Le 30, les symptômes généraux reparaissent; la nuit, insomnie avec rêvasseries. La fièvre augmente; la diarrhée devient plus abondante et les forces déclinent. Cependant, l'état local n'avait pas changé. La malade accusa seulement dans l'épaule, au niveau de la partie supérieure de l'humérus, une douleur vive. Néanmoins, je ne constatai dans ce point ni sensibilité à la pression, ni empâtement profond, ni tuméfaction superficielle. Je fis sortir encore une bonne quantité de pus louable, et je fis prier l'interne de garde de voir la malade le soir, pour vider de nouveau le foyer. Après la visite, la fièvre augmenta et le délire survint. La malade voulut sortir de son lit. A peine avait-elle les pieds par terre, qu'elle glissa et retomba le coude appuyé sur le bord du lit. Elle poussa un cri, prétendant qu'elle avait le bras cassé.

M. Gugenheim, interne de garde, se mit en devoir, vers cinq heures, d'exécuter ma prescription. En expulsant le pus il crut, à deux reprises différentes, percevoir de la crépitation, mais il ne constata aucun autre signe de fracture.

Le 31, la nuit a été très-mauvaise; agitation continuelle d'abord, puis prostration extrême. Le matin, pouls filiforme, à peine perceptible; pâleur extrême ; sueur diffuse; refroidissement des extrémités; indifférence absolue; résolution des membres; diarrhée fétide, involontaire; un peu de pus sanguinolent s'écoule seul de la plaie. La mort paraît inévitable et prochaine.

L'examen du membre ne laisse aucun doute sur l'existence d'une fracture répondant au foyer de l'abcès. La mobilité anormale surtout est très-marquée. Mon diagnostic devenait évidemment insuffisant, et je me décidai, un peu tard, il est vrai, à reconnaître une ostéo-myélite concomitante avec abcès central de l'humérus, nécrose partielle de la diaphyse et fracture du séquestre. Néanmoins, je ne voulus pas abandonner la partie. Ayant réuni mes collègues MM. Goupil et Bauchet, je leur soumis l'intention où j'étais de tenter un dernier effort, quelque faibles que fussent les chances de salut. L'ostéomyélite étant admise, la désarticulation de l'épaule était la seule opération à proposer, l'expérience ayant démontré l'insuccès presque constant des amputations dans la continuité pratiquées dans ces circonstances. Ces messieurs voulurent bien partager mon avis ; c'est pourquoi le jour même, à quatre heures, je fis l'amputation dans l'article.

L'opération ne présenta rien de particulier, si ce n'est que le chloroforme étant administré, je ne crus pas prudent, dans l'état de faiblesse où était la malade, de la faire mettre dans la position assise. Elle resta dans le décubitus horizontal, l'épaule dépassant le bord du lit, ce qui rendit moins facile l'exécution du procédé de Larrey. Grâce à l'adresse et à l'habileté déployées par M. Thomas, interne du service, dans le temps qui consiste à comprimer les vaisseaux soit audessus de la clavicule, soit dans l'épaisseur même des parties molles de l'aisselle, il ne s'écoula qu'une quantité de sang tout à fait insignifiante. Trois ligatures furent faites ; quelques points de suture réunirent la moitié supérieure de la plaie; le reste fut mollement rempli de charpie fine; le tout enfin fut recouvert d'une cuirasse de diachylon.

J'informerai la Société en temps opportun des suites de cette opération, qui jusqu'à ce jour ont été fort simples, et qui a modifié d'une manière très-avantageuse l'état général si grave dans lequel se trouvait cette malheureuse.

M. VERNEUIL termine la lecture de son observation d'ostéomyélite. — *Dissection du membre amputé.* Un premier foyer ouvert les jours précédents fait tout le tour de l'humérus; il communique avec un autre foyer situé plus bas, entre la face profonde du triceps, la face postérieure de l'humérus recouverte de son périoste, l'olécrâne et le cul-de-sac postérieur de la synoviale du coude. La communication entre les deux cavités purulentes s'effectue à travers une voie assez large creusée dans les fibres mêmes du triceps. Ce dernier muscle, ainsi que le brachial antérieur, sont indurés, friables, infiltrés d'un pus rougeâtre, en un mot, manifestement enflammés au niveau

des foyers purulents; mais au-dessus de la partie moyenne du bras, ils reprennent tout à fait leur aspect normal. L'articulation du coude paraît saine au premier abord; les cartilages diarthrodiaux ont conservé leur couleur et leur poli. Cependant, l'ouverture de la capsule donne issue à une certaine quantité de synovie ténue, légèrement louche et opaline; puis en arrière, dans le cul-de-sac correspondant à la cavité olécrânienne, s'étale une fausse membrane libre d'adhérences, molle, élastique, épaisse de 2 millimètres.

L'inflammation sous-cutanée est bornée au pourtour des piqûres de sangsues, dont quelques-unes ont suppuré; l'œdème remonte jusqu'au tiers supérieur du bras ; mais les parties profondes, muscles, tissu cellulaire inter-musculaire et péri-osseux, sont saines à une petite distance au-dessus du foyer inflammatoire et purulent. Il semble donc qu'on aurait pu amputer le bras vers son tiers supérieur, par exemple, sans laisser dans le moignon des parties molles altérées.

Les nerfs et les vaisseaux n'offrent aucune altération. Au niveau de l'angle supérieur de la plaie de débridement, le nerf radial est complétement divisé. Les deux bouts, taillés en biseau très-oblique, sont néanmoins en contact et réunis par une lymphe plastique rougeâtre ; le supérieur présente déjà un renflement appréciable à quelques millimètres au-dessus de la section. Pour n'y plus revenir, je dirai qu'on eût évité le nerf si le débridement s'était arrêté un centimètre plus bas ; ou si, au lieu d'inciser au niveau de la cloison intermusculaire, on avait pénétré soit en arrière et plus bas en intéressant les fibres du triceps, soit en avant et plus haut, à travers le bord externe du brachial antérieur. — Avis à ceux qui auraient des incisions à pratiquer dans ce point.

C'est du côté de l'os qu'on observe les particularités les plus intéressantes. Les deux bouts fracturés baignent dans le pus du foyer qui communique avec l'extérieur ; ils sont à peu près en contact, et n'ont subi qu'un faible déplacement ; ils sont irréguliers, sans angle ni arêtes, et diffèrent totalement, par l'aspect vermoulu des extrémités, d'une fracture ordinaire ; ils sont dépouillés de périoste dans une étendue qui varie entre 2 et 3 centimètres. Il y aurait eu nécrose nécessaire ; mais on comprend que celle-ci n'est point encore limitée. Aux limites de la dénudation, le périoste est encore appliqué sur l'os, mais il s'en détache facilement ; il est du reste épaissi, rougeâtre et friable jusqu'à une certaine distance du foyer (2 ou 3 centimètres en haut et en bas). Dans tout le reste de la diaphyse, il ne présente point d'altération appréciable, mais toutefois se décolle avec la plus grande facilité.

Au niveau de la fracture, l'os en entier est profondément altéré ;

à l'extérieur, il est grisâtre, rugueux et recouvert par une couche de productions osseuses nouvelles d'un millimètre et plus d'épaisseur, disposées en cannelures longitudinales parallèles à l'axe. En cherchant à mettre les fragments en coaptation complète, on constate sur la face postérieure de l'humérus une perte de substance arrondie, en d'autres termes, une perforation large de près d'un centimètre, qui fait communiquer la cavité médullaire de l'humérus avec le foyer purulent péri-osseux. Un petit séquestre flottant, du volume d'un noyau de cerise, obture incomplétement cette perforation ; d'autres séquestres, plus petits et libres, sont mélangés au pus. Quoique la solution de continuité porte sur le point de l'humérus où règne encore la cavité médullaire, celle-ci est comblée par du tissu osseux spongieux, vermoulu, friable comme le reste des extrémités, et infiltré d'un pus sanguinolent ; on dirait qu'à ce niveau les lamelles de la diaphyse se sont dissociées et que les plus intimes se sont déjetées en dedans pour obturer le canal médullaire, qui, de la sorte, en cas de guérison, aurait été divisé par un bouchon osseux néogène.

Au-dessus et au-dessous de ce bouchon, le canal médullaire est rempli par la moelle profondément altérée. En bas, c'est-à-dire dans le quart inférieur de l'humérus, le tissu réticulaire a disparu ; le canal est donc agrandi. La moelle qui le remplit offre des aspects différents ; grisâtre, sanieuse au voisinage de la fracture, elle conserve plus bas sa coloration jaunâtre avec des taches ecchymotiques éparses. Mais on y remarque surtout deux collections purulentes de 5 à 6 millimètres de diamètre, bien isolées l'une de l'autre, et délimitées par une membrane molle et épaisse qui semble enkyster le pus.

Les altérations sont plus avancées encore dans le fragment supérieur. Le canal médullaire est rempli d'un pus verdâtre strié de sang, et cela dans l'étendue de 6 centimètres environ. C'est un véritable abcès central de l'os, qui communique toutefois avec le foyer extérieur par la perforation dont j'ai parlé. Plus haut, la moelle est diffluente, d'un jaune rougeâtre sale, parsemée çà et là de foyers purulents circonscrits et enkystés pour la plupart. Parmi ces foyers, j'en remarque surtout trois : l'un, du volume d'une cerise, rempli d'un pus crémeux et verdâtre, occupe tout le canal au niveau du col chirurgical, c'est-à-dire précisément dans le point où, quelques jours auparavant, s'était manifestée une douleur limitée très-vive ; les deux autres s'étaient creusé une loge arrondie au milieu du tissu spongieux de la tête de l'humérus. Notons qu'au niveau de ces collections purulentes le périoste et le cartilage diarthrodial ne semblaient nullement altérés.

3.

Il ressort de ces détails anatomiques :

1° La justification complète du parti pris de désarticuler, c'est-à-dire d'enlever en totalité l'os qui, en apparence néanmoins, n'était malade qu'à sa partie inférieure. L'amputation dans la continuité aurait laissé dans le moignon des foyers d'ostéomyélite qui, s'ils n'avaient pas occasionné la mort, auraient pour le moins provoqué une nécrose d'une durée illimitée.

2° Une interprétation très-précise de la marche du mal, dont les phases ont été certainement les suivantes : ostéomyélite circonscrite, ostéite diaphysaire limitée, exsudations osseuses sous-périostiques et intra-médullaires produites avant le passage de l'inflammation à la suppuration ; puis formation du pus, mortification de la portion d'os enflammée, perforation des parois de la diaphyse ; nécrose parcellaire et terminale, cette dernière non encore limitée ; fracture spontanée ou sous l'influence d'un choc léger. Pendant que l'inflammation procédait ainsi à l'intérieur, le périoste s'enflammait de son côté et sécrétait au début des ostéophytes ; puis enfin le pus se formait également sous sa face profonde, et l'abcès sous-périostique se constituait. Les foyers purulents intra-osseux et péri-osseux ont-ils été contemporains ? Le premier a-t-il précédé et provoqué le second après la perforation de la diaphyse ? C'est ce que je ne saurais dire ; mais je crois à la presque simultanéité de ces deux collections, tout en admettant que l'ostéomyélite a ouvert la marche de l'affection.

Ce qui frappe surtout après ces constatations anatomiques, c'est la rapidité avec laquelle les altérations osseuses ont marché. On serait surpris, si les travaux modernes n'avaient appris que les os sont plus sujets qu'on ne le croyait jadis à l'inflammation suraiguë.

— L'état de la malade, aujourd'hui 18 février, est si satisfaisant que sa guérison est à peu près assurée ; toutes les fonctions s'exécutent normalement, et la plaie d'amputation est réduite des trois quarts.

— La Société se forme en comité secret à cinq heures.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 11 février 1863.

Présidence de M. Depaul.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

— M. Monier, à l'occasion d'une communication faite le 24 décembre par M. Richet, sur un *étranglement intestinal interne*, adresse à

la Société une observation analogue qu'il a faite à la même époque. (M. Richet est chargé d'en rendre compte à la Société.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le malade présenté par M. Boinet dans la dernière séance.

Immobilité du maxillaire inférieur. — M. Huguier. Je veux répondre aux objections que M. Chassaignac a faites à l'opération d'Esmarch ; suivant ce chirurgien, quand il n'y a pas d'ankylose vraie, on ne doit pas opérer. Je ferai observer que l'os maxillaire inférieur a deux articulations ; il suffit dès lors qu'une ankylose existe dans l'une des articulations pour que l'immobilité soit complète. C'est ce qui avait lieu chez la petite malade de M. Boinet ; pendant six mois que cette enfant a été dans mon service, j'ai, par tous les moyens possibles, essayé d'écarter les mâchoires, et c'est après avoir échoué que nous avons pensé que l'opération était nécessaire. Quant à la section de l'os, il faudra s'attendre à voir la réunion s'effectuer. Toutes les fois que, pour arriver à enlever des cancers de la bouche, j'ai été obligé de scier l'os maxillaire, j'ai vu l'os se réunir sans que j'aie employé le moindre moyen de contention. Ainsi dans trois cas de cancers pour l'ablation desquels j'ai scié l'os maxillaire sur la ligne médiane, je me suis contenté de réunir les parties molles par la suture.

M. Marjolin. On a signalé la différence dans les résultats, suivant que la section du maxillaire est faite en avant ou en arrière des brides. Quant à l'incision de celles-ci, il ne faut pas oublier de tenir compte des individualités. Ainsi, chez certains malades, on coupe les brides, on les excise, elles se reproduisent, et on ne peut obtenir l'écartement des mâchoires. Dans ces cas, il faut pourtant prendre un parti ; sans doute les résultats obtenus par les chirurgiens français ne sont pas satisfaisants, mais par la section des adhérences on produit sans profit des dégâts considérables, et les opérations faites à l'étranger suivant le procédé d'Esmarch, ont déjà des dates assez éloignées, puisque quelques opérés ont été revus au bout de deux ans. Chez la petite malade que j'ai opérée, j'avais fait la section en avant de la bride ; toutefois, le bénéfice que j'avais obtenu au moment de l'opération ne s'est pas maintenu.

M. Deguise. Je mets sous les yeux de la Société la jeune fille que j'ai opérée et dont je remettrai l'observation complète. On remarquera que la récidive a eu lieu par la formation d'un cal osseux au niveau de la portion réséquée. Sans être partisan exagéré de l'opération d'Esmarch, je répondrai cependant à M. Chassaignac qu'avant cela on ne pouvait rien faire, car je ne crois pas qu'on puisse citer

un seul fait bien authentique de guérison par la section des brides ou l'autoplastie.

Je me rappelle avoir vu dans le service do Blandin deux malades qui y restèrent bien longtemps. On essaya tous les moyens, et après avoir échoué par toutes les opérations, Blandin se borna à faire introduire entre les mâchoires un cône à vis, au moyen duquel on obtenait un léger écartement tout à fait passager. D'ailleurs le procédé d'Esmarch est séduisant, et s'il a échoué entre nos mains, il y a seulement lieu de se demander s'il n'y aurait pas quelque moyen de le rendre plus efficace. M. Trélat m'a fait part d'une idée ingénieuse, ce serait d'interposer entre les fragments des lambeaux de la muqueuse, afin d'empêcher la réunion de ces fragments.

En résumé, dans les cas d'immobilité avec resserrement des mâchoires, il n'y a pas d'avantage à faire des sections dans les parties molles ; c'est une chose jugée; il ne reste d'autre ressource que de couper l'os, en faisant toutefois au procédé d'Esmarch des additions propres à le rendre plus efficace.

M. TRÉLAT. Ce n'est pas, comme me le fait dire M. Deguise, un lambeau de muqueuse que je propose d'interposer entre les fragments osseux, mais bien un lambeau du périoste. J'ai été amené à cette idée, parce qu'il m'a semblé remarquer qu'à la suite des résections du coude, on avait obtenu une plus grande mobilité quand on avait eu le soin de conserver le périoste sur l'extrémité des fragments.

M. DEGUISE. En parlant de la muqueuse, j'ai compris la muqueuse doublée de toutes les parties molles et du périoste.

M. BAUCHET. J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie la petite Syrienne dont je l'ai déjà entretenue.

On se souvient que cette petite fille, à la suite d'une gangrène de la bouche, avait perdu la plus grande partie de la joue gauche. Il en résulta la production d'une bride très-dure, très-résistante, étalée entre le maxillaire supérieur gauche et la partie correspondante du maxillaire inférieur. Cette bride apportait un obstacle complet à l'écartement des arcades alvéolaires, obstacle tel qu'on ne pouvait pas introduire le plus petit corps étranger entre elles. De plus, il existait une perte de substance de l'étendue d'une pièce de cinq francs environ et située au niveau de la commissure labiale gauche.

Quelques jours après cette présentation, je procédai à l'opération. Je fis une incision parallèle au bord inférieur du maxillaire inférieur, partant de l'angle de la mâchoire et s'avançant à peu près jusqu'à la ligne médiane. Je prolongeai cette incision dans une direction perpendiculaire jusqu'au bord libre de la lèvre inférieure, immédiate-

ment au point où la perte de substance venait se fondre avec les lèvres. Le lambeau fut disséqué, et alors j'arrivai sur le maxillaire, et immédiatement au-devant de la bride je coupai avec une pince de Liston le maxillaire; puis, à un centimètre et demi en avant, je fis une seconde section.

Je réséquai donc un centimètre et demi du maxillaire. Immédiatement la malade écarta les deux maxillaires et l'ouverture fut aussi large que possible. Je pus introduire l'extrémité de trois doigts dans l'écartement.

Je procédai alors à la restauration, je disséquai le pourtour de la perte de substance, et mon lambeau vint facilement se mettre en contact avec les bords ainsi avivés.

Pendant plus de huit jours tout alla au gré de nos désirs. La jeune fille ouvrait largement la bouche et pouvait mâcher aisément; les points de suture avaient été enlevés et la restauration était complète; la malade se levait.

A cette époque, il survint de la fièvre, de la douleur, du gonflement, non pas au point où avait porté l'opération, mais au niveau de l'angle de la mâchoire du côté opposé. Bientôt toutes les dents s'ébranlèrent, et je pus enlever sans effort une dent (grosse molaire) cariée. Du pus sortit à ce moment, et il ne put plus rester de doutes sur le diagnostic.

Cette dent cariée avait été le point de départ d'un abcès sous-périostique, occupant l'angle de la mâchoire et la branche montante à droite, c'est-à-dire du côté opposé à l'opération. Trois abcès durent être ouverts, l'un dans la région temporale, l'autre dans la région massétérique, un autre au-dessous du bord inférieur de la mâchoire. Le stylet arrivait par ces ouvertures sur l'os dénudé.

Pendant ce temps, les mâchoires ne purent plus être écartées, et je pensais, il y a quelques semaines encore, que mon opération n'aurait remédié à aucun accident et serait par conséquent inutile; et pourtant je ne pouvais rapporter ce résultat à des accidents indépendants de l'opération.

Je passe sous silence le traitement : injections iodées, poudre d'alun sur les gencives, etc. Cependant la suppuration se tarit, et alors je vis avec plaisir que la jeune fille pouvait écarter les mâchoires.

Aujourd'hui, ainsi qu'on peut le voir, les dents incisives s'écartent, les molaires permettent même l'introduction du bout du pouce. Les mâchoires se rapprochent et serrent vigoureusement les objets interposés. Cet écartement augmente même un peu chaque jour. Le mouvement se passe dans la fausse articulation que j'ai cherché à établir; les dents se correspondent et permettent la mastication.

Pourtant, j'ajouterai que la nouvelle articulation laisse à craindre, en raison du rapprochement des fragments, que plus tard elle ne s'ossifie tout à fait. Je ferai tous mes efforts pour lutter contre cette tendance, et je dirai à la Société ce que j'aurai obtenu.

M. CHASSAIGNAC. La question qui s'agite en ce moment est très-sérieuse, et on m'a prêté une opinion que je n'ai pas. Je ne me suis pas élevé contre l'opération d'Esmarch, mais contre ses indications telles qu'on veut les poser. J'ai dit que cette opération est surtout indiquée dans l'ankylose vraie. Du moment qu'il existe des brides, vous pouvez les couper ou les extirper. Quand la bride est disposée en faisceaux, la section simple peut réussir; on a fait avec succès l'ablation de la bride; mais si la cicatrice est très-étendue, s'il y a une ankylose, j'admets que la section de l'os devient indispensable.

Je répondrai seulement à M. Huguier qu'en parlant d'ankylose je comprends l'ankylose unilatérale de la mâchoire. Quant à la résection d'une portion de l'os, je pense qu'on pourrait la faire plus étendue, et que le sacrifice de 2 ou 3 centimètres de l'os ne rendrait pas l'opération plus grave. Ce serait, je crois, le meilleur moyen d'assurer le succès.

M. BOINET. Quand il existe un tissu cicatriciel inodulaire, ce tissu fait corps avec l'os; il ne serait pas possible de l'enlever, et il condamne l'articulation à l'immobilité la plus absolue. Il en était ainsi chez notre malade; après l'opération, il y avait quelques mouvements dans la mâchoire, aujourd'hui il n'y en a plus, et la malade ne se nourrit que grâce à l'ouverture latérale de la joue. En présence des insuccès qu'a fournis sous nos yeux le procédé d'Esmarch, je me demande si l'on ne devrait pas procéder d'une façon plus radicale, et je ne serais pas éloigné de proposer à mes collègues MM. Huguier et Verneuil d'enlever toute une moitié du corps de l'os.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur la pièce présentée par M. Verneuil dans la dernière séance.

Ostéomyélite de l'humérus.

M. CHASSAIGNAC, sans vouloir entrer dans le fond de la discussion, qui sera réservée pour la prochaine séance à cause de l'heure avancée, demande la parole pour faire ressortir combien l'observation de M. Verneuil confirme les signes qu'il a décrits commo appartenant à l'ostéomyélite. Ainsi, dit-il, l'œdème dur envahissant le membre, s'arrêtant net à son milieu, est un symptôme propre à l'ostéomyélite et précède la fluctuation. J'avais avancé aussi que dans l'ostéomyélite la désarticulation était nécessaire, et vous avez vu que

M. Verneuil a trouvé dans la tête de l'humérus des foyers purulents qui rendaient l'amputation dans la continuité tout à fait inutile. Enfin, dans tous les cas d'ostéomyélite que j'ai rencontrés, j'ai toujours trouvé l'os érodé, perforé, mais je n'ai jamais vu de fracture, et je me demande s'il n'existait pas chez la malade de M. Verneuil quelque état diathésique antérieur.

M. VERNEUIL. Cette femme avait eu, il y a quatorze ans, une maladie de l'os iliaque, et depuis il y avait eu dans cette région des trajets fistuleux. Mais au moment de l'accident sa santé était bonne; du reste, ces détails se trouvent dans l'observation qui a été annexée au procès-verbal de la dernière séance.

M. BROCA. J'approuve complétement M. Verneuil d'avoir pratiqué ici la désarticulation de l'épaule; mais je désire présenter quelques remarques sur les indications générales, afin que l'on sache dans quels cas l'amputation au-dessus de l'os malade est la seule ressource. La connaissance de l'ostéomyélite est de date récente, mais on connaissait autrefois les nécroses aiguës, qui sont les résultats de l'ostéomyélite et donnent naissance à des séquestres invaginés, et cependant on sait qu'il ne faut pas ordinairement soumettre à la désarticulation les malades atteints de nécrose. Et d'ailleurs, quand il se forme des abcès dans l'os, n'a-t-on pas la ressource du procédé de Morven-Smith, qui a réussi à donner issue au pus et à prévenir la nécrose au moyen de petites perforations de l'os? Je pense qu'il est bon de faire quelques réserves quant à l'indication de l'amputation dans l'ostéomyélite. Il y a des cas qui guérissent sans nécrose, d'autres avec une nécrose, et enfin il en est d'autres qui se présentent sous la forme d'abcès chroniques enkystés, et qui peuvent être guéris par l'opération de B. Brodie.

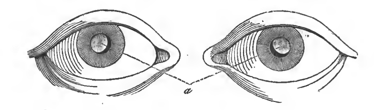
M. VERNEUIL. Je ne me suis pas décidé de prime abord à faire la désarticulation. J'ai d'abord pratiqué une longue incision, et ce n'est que lorsque j'ai vu la douleur augmenter, la fracture se produire, les accidents généraux s'aggraver, que j'ai songé à une opération radicale, et je crois que dans l'ostéomyélite l'amputation dans la continuité ferait courir le risque de laisser dans l'os des foyers purulents disséminés.

M. CHASSAIGNAC. La question des indications vient d'être nettement posée par M. Broca. La règle de la désarticulation que j'ai posée le premier s'applique aux cas d'ostéomyélites aiguës et étendues. Depuis, M. J. Roux a dit qu'il fallait désarticuler dans tous les cas, même dans les ostéo-myélites chroniques; mais pourquoi agir ainsi quand la maladie est bien limitée? Je crois toutefois que M. Broca

donne trop d'importance aux faits de Morven-Smith; il me semble que ce sont des abcès sous-périostiques qu'on a guéris par le moyen qu'il emploie; quand le pus est dans l'os, il ne s'écoule pas par des incisions.

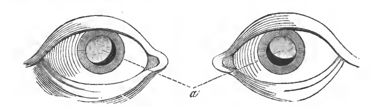
La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Luxation congénitale du cristallin. — M. WECKER présente à la Société l'observation d'un cas de luxation congénitale du cristallin en haut et en dehors, avec myopie intense et légère amblyopie, chez une jeune fille âgée de dix-huit ans qui était venue le consulter à sa clinique. Quand les pupilles étaient modérément dilatées (fig. 1), c'est



à peine s'il restait entre chacun des cristallins (*a*) et le bord inférieur et interne de l'iris un étroit espace semi-lunaire, espace néanmoins un peu plus considérable sur la pupille gauche, grâce à une luxation plus complète du cristallin correspondant. Dans cet état, la malade ne pouvait distinguer les caractères fins (nº 1 de Jæger) qu'à une distance extrêmement courte (5 ou 6 centimètres environ) et les gros caractères (nº 20 de Jæger) qu'à 1 pied de distance; défaut que l'emploi de verres concaves nºs 2, 2 1/2, 3, ne corrige que très-imparfaitement.

Des instillations d'atropine et l'emploi de verres convexes nºs 7 et 8 améliorent notablement la vue de loin. Alors, en effet, un espace assez étendu était ouvert au passage des rayons lumineux au-dessous des cristallins (*a*) (fig. 2).



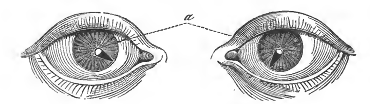
Cependant, la malade accusait la perception vague de deux images, et l'examen ophthalmoscopique permit de voir, en effet, une double image du fond de chaque œil. Les conditions de la vision monoculaire double se trouvent donc réalisées.

Bref, cette amblyopie, jointe à la myopie excessive que nous avons signalée, constituait, chez cette jeune fille, une infirmité des plus tristes, qu'une dilatation permanente des pupilles pouvait seule diminuer, en neutralisant, par l'emploi des verres convexes partiellement, l'effet des cristallins.

Or, de quelle manière intervenir? M. Moreau, au congrès ophthalmologique de Heidelberg, en 1860, proposait contre ces myopies excessives, lorsqu'elles se rencontraient chez des manouvriers obligés comme notre jeune fille de voir de loin, d'extraire les cristallins et de placer les malades dans les conditions des opérés de cataracte. Mais co procédé opératoire, toujours périlleux, était, dans le cas actuel, formellement contre-indiqué par une liquéfaction probable des corps vitrés (tremblotement de l'iris et ancienne sclérotico-choroïdite).

Fallait-il pratiquer des pupilles artificielles? Mais on pouvait craindre d'augmenter la diplopie déjà très-incommode dont la malade était affectée.

Devait-on enfin déplacer les pupilles au moyen de l'iridesis, pour ouvrir aux rayons lumineux une nouvelle voie et s'opposer en même temps à leur passage à travers les cristallins? C'est à ce dernier parti que M. Wecker s'arrêta. Le déplacement pupillaire fut exécuté suivant la direction d'un axe passant par le centre de la cornée et celui du cristallin correspondant, et ceci dans le but de cacher autant que possible ce cristallin (fig. 3).



L'opération réussit parfaitement, malgré certaines difficultés d'exécution; car on pouvait risquer une perte du corps vitré liquéfié, et pour ce motif il fallut renoncer à fixer l'œil pendant la ligature du prolapsus iridien.

La jeune fille lit aujourd'hui les gros caractères (n° 20 de Jæger)

à 4 mètres et demi de distance, avec des verres convexes nº 8, et accuse une amélioration très-notable de sa vue pour les objets éloignés.

M. Wecker terminait en ces termes le rapport qu'il présenta à ce sujet : « C'est, Messieurs, la première fois que le déplacement pupillaire (iridesis) a été pratiqué dans ce but; aussi m'estimerais-je très-heureux de connaître l'opinion que l'honorable Société en a conçue, par l'intermédiaire de MM. Jarjavay, Larrey et Morel-Lavallée, qu'elle a bien voulu nommer en commission pour cet objet lors de la présentation de la malade avant l'opération. (Renvoi à la commission.)

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, Foucher.

Séance du 18 février 1863.

Présidence de M. Depaul.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Dujardin-Beaumetz, aide-major de deuxième classe attaché à l'hôpital de Versailles, adresse :

1º Un cas d'ostéomalacie;

2º Une note *sur le traitement chirurgical du bubon suppuré.* (Commissaire, M. Verneuil.)

— M. le docteur Jules Dubois, médecin-adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Abbeville, adresse un cas d'anévrysme de la carotide primitive gauche à sa bifurcation opéré par la ligature, selon la méthode d'Anel et le procédé de M. Sédillot; guérison très-rapide. (Commissaire, M. Broca.)

M. Verneuil dépose sur le bureau, de la part de M. Dubois (d'Abbeville), la fin d'une observation de polype naso-pharyngien, dont le commencement a déjà été adressé à la Société. M. Verneuil est chargé de rendre compte de cette observation.

Suite de la discussion sur l'immobilité avec resserrement des mâchoires.

M. Deguise. J'ai dit dans la dernière séance que les anciens procédés, tels que la section des brides, l'autoplastie, me paraissaient jugés. Cependant M. Chassaignac a avancé que l'excision des brides

pouvait réussir, cette excision me paraît tout à fait impossible. Le tissu inodulaire est tellement adhérent à l'os, que pour le détruire il faudrait donner lieu à une difformité considérable, et encore ce serait en pure perte, car le tissu inodulaire ne manquerait pas de se reproduire. M. Bauchet nous a dit que chez son opérée il existait certains mouvements au niveau de la portion réséquée, j'ai examiné cette malade, et je n'ai pu trouver le moindre mouvement en ce point; c'est dans l'articulation temporo-maxillaire que se passent les mouvements. Ce fait est donc tout à fait semblable aux nôtres.

M. CHASSAIGNAC. Je n'ai pas voulu faire porter l'argumentation sur le malade de M. Deguise, j'ai seulement voulu parler de l'excision des brides, qui, selon moi, doit être faite toutes les fois que cela est possible. Il en est ainsi en général quand la peau n'est pas malade, mais il est évident que si l'excision des brides est impossible, le procédé d'Esmarch est le seul indiqué; je ne m'élève donc pas contre cette opération, dont je pose moi-même les indications.

M. BAUCHET. J'ai étudié chez ma malade la mobilité de la mâchoire inférieure, et, en introduisant un coin entre les dents, on peut s'assurer que les mouvements se passent en entier dans l'articulation temporo-maxillaire.

M. VERNEUIL. J'ai été en France le promoteur le plus convaincu de la méthode d'Esmarch, c'est donc pour moi un devoir d'en poursuivre l'étude, et si après mûr examen il me paraissait nécessaire de l'abandonner, je ne serais pas le dernier à le dire; mais je ne crois pas que nous en soyons arrivés là.

Depuis trois ans la question est à l'ordre du jour de nos discussions, et la chose en vaut la peine, car la lésion est grave et commune; il faut donc la traiter à fond, de sorte que si nous n'avons pas eu l'honneur de découvrir la nouvelle méthode, nous ayons au moins le mérite, en la vulgarisant, de la dépouiller de ses imperfections. Faisons pour les adhérences géno-maxillaires ce que nous avons fait pour les polypes naso-pharyngiens, pour les amputations du pied, et tant d'autres questions qui nous doivent beaucoup. Les sociétés savantes n'ont pas pour mission d'inventer, mais de provoquer les découvertes, puis de les juger d'une manière impartiale.

La dernière séance a été très-fructueuse et à divers titres.

1° Trois faits nouveaux ont été produits, et ce sont encore trois insuccès.

2° Vous avez proposé à la méthode d'Esmarch plusieurs modifications importantes.

3° Enfin l'accord a été unanime à proclamer l'inutilité des métho-

des anciennes; seul, M. Chassaignac a élevé la voix en leur faveur. Nous avions pu croire un instant qu'il rejetait la section du maxillaire, mais il a catégoriquement protesté contre cette allégation; seulement il ne voudrait pas qu'on employât à la légère un moyen aussi sérieux. Il le proscrit donc pour les cas légers, et ne lui reconnaît comme indication formelle que l'ankylose temporo-maxillaire.

Lorsqu'on peut imprimer encore quelques mouvements à la mâchoire inférieure, on devrait, suivant notre collègue, essayer la section des brides quand elles sont faibles et restreintes, et, dans les cas plus graves, extirper le tissu inodulaire, opération que M. Borelli nous a annoncé avoir pratiquée avec succès, et que M. Chassaignac semble approuver en principe.

De la part de notre collègue, il n'y a donc pas opposition, mais restriction d'une part, et de l'autre, énoncé d'une indication formelle. Permettez-moi d'examiner l'une et l'autre une fois pour toutes, et d'abord, en qui ce touche les cas légers, tout le monde est d'accord. Esmarch, tout le premier, nous dit: « Je le répète encore, je ne propose nullement cette méthode pour les cas légers, mais pour ceux dans lesquels les autres méthodes nous font défaut. » Commentateur du chirurgien danois, j'ai répété souvent la même chose.

Mais comme il serait puéril d'éluder les difficultés, il faut d'abord s'entendre sur ce qui constitue les cas légers et les cas graves. Si j'ai bien compris M. Chassaignac, les cas graves seraient ceux où l'articulation temporo-maxillaire est tout à fait immobile; or, si on réservait la section de la mâchoire pour une semblable éventualité, je puis dire que cette opération ne serait guère qu'une curiosité thérapeutique, tant est rare cette ankylose. L'examen des faits, à ne parler même que de ceux qui ont passé sous vos yeux, prouvent que le cas peut être très-grave, alors même que la mâchoire inférieure exécute encore quelques oscillations suffisantes pour montrer l'absence de soudure.

Les difformités ne sont pas des maladies; elles ne compromettent pas prochainement la vie; leur pronostic ne se déduit pas des mêmes éléments; à proprement parler, elles n'ont pas de pronostic, mais bien une gravité qui dépend, entre autres choses, de l'atteinte plus ou moins sérieuse qu'elles portent à la forme et aux fonctions, puis des difficultés qu'on rencontrera à restaurer la forme et à rétablir la fonction.

Abstraction faite de la cause anatomique, le renversement des mâchoires sera grave toutes les fois qu'il sera porté au point d'empêcher l'introduction des aliments, la mastication, la parole, etc.; toutes les fois que la suppression de l'obstacle, par une opération quelconque, n'amènera pas la suppression définitive de l'effet. Or, à ce titre, les

adhérences géno-maxillaires et inter-maxillaires peuvent, en l'absence de toute ankylose vraie, acquérir le maximum de gravité, ce qui n'a pas besoin, je crois, d'une plus longue démonstration, et voici pourquoi je rejette l'indication trop exclusive de M. Chassaignac.

Mais, dira-t-il, on peut supposer une seule bride peu étendue, des adhérences restreintes, et alors la section ou l'extirpation de l'inodule pourra suffire. Je crois ces cas fort rares. Si les adhérences sont minimes, elles céderont le plus souvent à la gymnastique buccale exercée par le malade lui-même, ou bien elles persisteront, mais permettront encore entre les mâchoires un écartement d'un à deux centimètres dont le patient et le chirurgien devraient peut-être se contenter. Qu'on essaye si l'on veut la section des brides, à l'efficacité desquelles je ne crois guère, mais qu'on s'abstienne de l'extirpation de l'inodule, que je crois mauvaise, malgré le succès obtenu par M. Borelli.

Ce qui me fait supposer que les cas légers sont bien rares, c'est que depuis près de quatre ans notre discussion est ouverte, que le resserrement cicatriciel des mâchoires est commun, et que nul d'entre nous n'a présenté jusqu'ici un sujet radicalement guéri par les méthodes simples.

Quelques mots maintenant sur les quatre opérés qui nous ont été présentés : chez tous les adhérences géno-maxillaires étaient compliquées de perte de substance à la joue, d'où accumulation de tissu inodulaire aux alentours du foyer de l'opération, circonstance évidemment défavorable et que je relève d'autant plus volontiers que dans les cas de MM. Dittl et Rizzoli, qui paraissent avoir été suivis de guérison, les téguments extérieurs étaient au contraire sains ou à peu près.

Dans nos quatre cas, la récidive me paraît complète. Pour les malades de MM. Huguier et Deguise, la consolidation osseuse ne fait pas un doute; il en est ou il en sera de même pour la jeune Syrienne de M. Bauchet. Quant à l'enfant opéré par M. Marjolin, nous ne pouvons nous prononcer; mais nous savons que les mouvements sont à peu près abolis. Il est donc probable que la pseudarthrose n'est pas établie; au reste, si, quoique existant, elle était trop courte ou trop solide, elle ne vaudrait pas beaucoup mieux qu'une consolidation réelle.

Les causes de ces insuccès doivent être cherchées avec soin, et nos collègues qui ont opéré semblent disposés à faire une nouvelle tentative que j'approuve complétement, mais qu'il serait fâcheux de voir échouer de nouveau. J'exposerai donc franchement mon opinion.

MM. Marjolin et Bauchet ont eu à combattre des accidents inflammatoires consécutifs assez sérieux, qui, en immobilisant la portion libérée de la mâchoire, ont amené la coaptation malencontreuse des

libérée de la mâchoire, ont amené la coaptation malencontreuse des

surfaces divisées, cause évidente de consolidation : des circonstances accessoires ont peut-être favorisé l'insuccès ; ainsi, dans le cas de M. Marjolin, la section a été, suivant moi, faite trop en arrière, c'est-à-dire dans le lieu même où abondait le tissu inodulaire : celui-ci a été atteint par les instruments, il s'est enflammé, puis mortifié partiellement, etc. De son côté M. Bauchet a cru devoir, aussitôt la section osseuse faite, procéder à la restauration de la joue et de la commissure buccale ; il aurait été préférable, suivant moi, d'ajourner ce temps ultime de l'opération, pour ne point augmenter les chances d'inflammation locale.

M. Deguise n'a pas observé d'accidents inflammatoires ; mais il me semble que la section a été pratiquée trop en arrière sur l'angle de la mâchoire, c'est-à-dire trop près du bord antérieur de la masse cicatricielle qui unissait les deux mâchoires.

Dans les trois cas qui précèdent, on ne s'est pas contenté de la section simple, MM. Deguise et Bauchet ont enlevé un segment osseux d'un centimètre et demi environ. M. Marjolin a fait au bord inférieur de l'os une perte de substance légère, et cette précaution n'a servi à rien.

Dans le quatrième fait, le premier en date, celui de MM. Huguier et Boinet, la section a été faite bien exactement au-devant des adhérences. L'inflammation locale a été presque nulle : on a fait une division simple sans perte de substance, et il est important de constater que si l'insuccès a eu lieu, il a été du moins beaucoup plus tardif, car l'enfant a joui pendant plus d'un an des bénéfices entiers de l'opération.

Quelles conclusions tirer de ces rapprochements ? D'abord les dangers des complications inflammatoires, puis l'inutilité de la résection partielle. La première n'a pas besoin de développements : elle a pour elle l'évidence. La seconde est déjà démontrée par les faits de M. Rizzoli. Ce chirurgien distingué ne pratique, en effet, à la mâchoire, aucune perte de substance. J'ignore encore si ses succès auront été définitifs ; mais à coup sûr les renseignements qu'il m'a fournis prouvent que le succès a duré un temps très-notable. J'ai cherché déjà, dans mon premier mémoire (*Archives générales*, 1860), à expliquer comment la section simple pouvait, contrairement à la logique apparente, remplir mieux le but que la résection. J'y reviens pour juger une proposition faite dans la dernière séance. On a pensé que la récidive était due à l'insuffisance de la perte de substance, et on a proposé de faire l'ablation d'une grande partie du maxillaire inférieur du côté des adhérences. Je ne mets pas en discussion l'efficacité de ce moyen extrême, mais je pense qu'il serait beaucoup plus laborieux

comme procédé, beaucoup plus sérieux comme opération ; qu'il constituerait d'ailleurs une méthode nouvelle, n'ayant plus les caractères de celle qui nous occupe, mais bien ceux des amputations de la mâchoire et nécessitant enfin l'adjonction nécessaire d'un appareil prothétique perfectionné et permanent, si l'on voulait sauvegarder les fonctions buccales.

Mais, dira-t-on, entre la résection d'un centimètre et demi, certainement insuffisante, et la résection trop radicale d'un quart, d'un tiers ou de la moitié de l'os, il y a des intermédiaires raisonnables ; soit. Je suppose l'ablation d'un segment de 3 centimètres. Permettez-moi de rappeler que la perte de substance n'est qu'un élément très-accessoire dans l'étiologie des pseudarthroses permanentes et incurables, comme celle que nous voudrions réaliser ici. Elle n'a d'efficacité qu'en tant qu'elle empêche absolument la coaptation bout à bout des surfaces osseuses fracturées ou sectionnées. Dans les résections du genou, on enlève jusqu'à 8 centimètres des extrémités diarthrodiales, et l'on obtient une consolidation osseuse. A la suite des fractures compliquées, les os longs perdent souvent une portion considérable de leur diaphyse : par contre, il n'y a point de perte de substance dans les fractures de l'olécrâne, dans celles de la rotule surtout, qui nous offrent le type des pseudarthroses indépendantes. A côté de ces faits, je rencontre des fractures avec chevauchement qui ne se consolident jamais.

L'écartement permanent des surfaces, voilà la condition fondamentale : la perte de substance n'est qu'un moyen de le réaliser, moyen qui, dans le cas qui nous occupe, est à peu près illusoire en lui-même.

L'écartement permanent des surfaces mettant un obstacle absolu à leur coaptation, telle est la condition fondamentale du succès : la résection n'y pourrait qu'aider ; mais, dans le cas qui nous occupe, elle est impuissante en elle-même et partant tout à fait illusoire à elle seule. D'un autre côté, après la section simple, la disjonction continue des bouts osseux est très-réalisable, et voici comment, *à posteriori*, j'interprète à la fois les insuccès du premier moyen, la réussite du second entre les mains de M. Rizzoli, et le succès temporaire relativement satisfaisant de MM. Huguier et Boinet.

Cependant ici également la consolidation tardive s'est opérée ; c'est qu'en effet, pas plus que dans les autres cas, on ne s'est préoccupé d'assurer au moins pendant un temps suffisant cet écartemont continu si indispensable. Pour traitement consécutif, on n'a rien fait ou presque rien ; on a laissé les bouts osseux se remettre en un contact quo l'action incessante des lèvres et du tissu inodulaire a bientôt rendu

intime, ce à quoi ont puissamment aidé dans deux cas les inflammations périphériques.

On a encore essayé d'imprimer des mouvements répétés, dont l'action utile est fort loin d'être démontrée. Mais j'affirme que nul moyen direct, durable et efficace n'a été mis en usage pour tenir à distance et pendant le temps nécessaire les deux pièces du maxillaire inférieur.

Je crois, Messieurs, avoir indiqué les causes du mal et le remède, sans avoir rien avancé de contraire aux principes les plus solides de la physiologie pathologique. La voie est donc toute tracée ; maintenant, il ne restera plus qu'un choix à faire entre les divers expédients opératoires ou mécaniques capables de remplir l'indication fondamentale, et certes je ne me permettrai point de vous donner ici des conseils. J'ai voulu seulement donner la théorie des insuccès, puisque, tout le monde la pressentant, personne dans le cours du débat n'avait jugé à propos de la formuler.

M. HUGUIER. Je doute que les corps interposés entre les fragments parviennent à s'y maintenir et à empêcher la réunion.

En réfléchissant aux moyens d'éviter cette cause d'insuccès, j'ai pensé que l'on pouvait, après avoir mis à découvert l'angle de la mâchoire, faire passer en avant de cet angle un trait de scie vertical, et au-dessus un trait de scie horizontal, de manière à détacher un fragment triangulaire. De cette façon, la réunion serait impossible, puisque les deux fragments ne pourraient se correspondre.

Luxation sous-acromiale de la clavicule. — M. MOREL-LAVALLÉE. Je vous ai présenté, il y a quelques années, un exemple de *luxation simultanée des deux extrémités de la clavicule*. Vous avez pu constater que, dégagée de toutes ses connexions articulaires, la clavicule, devenue libre, jouait dans les chairs à la manière d'un sésamoïde, ou mieux à la manière d'une clavette.

Ce qui, au point de vue pathologique, justifiait à merveille l'étymologie de son nom.

C'était un cas rare, c'était le deuxième. Le premier avait été observé par Richerand et Gerdy à l'hôpital Saint-Louis ; mais il avait été très-imparfaitement recueilli par un de leurs élèves.

Je viens apporter aujourd'hui le quatrième fait d'une luxation également rare, de la *luxation sous-acromiale de la clavicule.*

Le premier a été consigné dans les *Nova acta medico-physica* de 1765, il y a un siècle, par Mell, chirurgien de l'hôpital de Saint-Pétersbourg.

Deux enfants voulurent soulever un baril d'un poids au-dessus de leurs forces avec un bâton, dont ils appuyèrent les bouts sur leurs

épaules. Chez l'un d'eux, qui avait six ans, la pression déplaça sous l'acromion l'extrémité claviculaire, qui à son tour chassa l'humérus de sa cavité, une luxation en produisant une autre. Ce mécanisme est le pendant de celui qu'a noté M. Cloquet pour la luxation sus-acromiale qui s'opéra chez un charpentier par la pression d'une poutre portant exclusivement sur le scapulum.

Le deuxième a été communiqué en 1817 par Fleury au *Journal universel des sciences médicales*, qui se borne malheureusement à l'indiquer en quelques mots, à peine suffisants pour former le titre de l'observation. Je cite textuellement :

« Un homme âgé d'environ cinquante ans s'est laissé tomber, étant ivre, sur un escalier, il y a deux mois, et s'est luxé l'extrémité humérale gauche de la clavicule en bas et en arrière ; l'extrémité de l'os s'est placée entre les apophyses acromion et coracoïde, s'appuyant sur cette dernière, et sur le bord supérieur de l'omoplate, où il s'est formé une nouvelle articulation.

» Le sujet qui porte cette luxation n'éprouve point de gêne dans les mouvements de l'épaule ni dans ceux du bras » (1).

C'est une affirmation du fait plutôt qu'une observation. En l'admettant toutefois avec M. le professeur Malgaigne, nous devons noter deux points : le déplacement secondaire — nous ne disons pas consécutif — de la clavicule en arrière, et la conservation des mouvements, malgré la persistance de la luxation.

Le troisième exemple de la luxation sous-acromiale de la clavicule a été publié par M. Fournel, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Cambrai. J'ai inséré cette excellente observation dans mon *Essai sur les luxations de la clavicule*. Le déplacement s'était effectué sous la pression du pied d'un cheval, au moment où le cavalier était renversé à terre. C'est un mécanisme analogue à celui du bâton suspenseur.

La luxation que nous allons rapporter se fit dans une chute d'assez haut. Le malade n'a pu dire, et rien n'indiquait l'attitude dans laquelle il était tombé. Bien que le mécanisme doive se rapprocher du précédent, on risquerait de s'égarer en cherchant à le reconstituer avec des éléments purement théoriques.

Voici le fait :

Le 20 août 1862, M. Suchet m'amena à l'hôpital Beaujon un blessé chez lequel, disait-il, il avait cru reconnaître une luxation sous-acromiale de la clavicule, d'après la description que j'en avais donnée.

(1) *Journal universel*, t. IV, p. 144.

Il ne se trompait pas. Charles C..., âgé de quarante-trois ans, d'une forte complexion, avait fait deux jours auparavant une chute de 4 mètres 50 centimètres sur le côté droit. Il n'a pas perçu de craquement dans l'épaule; la douleur a été modérée.

Les mouvements volontaires du membre, tous conservés, sont seulement affaiblis; la main se porte aisément à la tête. Les mouvements passifs ne sont un peu gênés non plus que par une légère douleur.

L'attitude est remarquable. L'épaule droite est à la fois abaissée et inclinée, inclinée surtout, comme un buste qui penche fortement. Je n'ai vu cette attitude aussi prononcée dans aucune autre lésion de l'épaule. Le bras est pendant le long du corps et l'avant-bras dans la demi-flexion, position qui n'a d'ailleurs rien de fixe.

La déformation est frappante : la portion cervicale du trapèze se dessine par un relief notable; les creux sus et sous-claviculaires sont effacés. L'extrémité interne de la clavicule fait une saillie exagérée en haut et en avant. L'os va en se déprimant jusqu'au bord interne de l'acromion, au-dessous duquel il passe, mais qu'il ne déborde pas sensiblement en dehors. Peut-être d'ailleurs le développement très-marqué du deltoïde empêcherait-il de reconnaître en ce point l'extrémité de la clavicule.

On ne remarque au moignon de l'épaule que l'effacement du relief naturel de l'extrémité claviculaire sur l'acromion.

La clavicule ne s'est pas engagée au-dessous de l'acromion directement; elle s'est en même temps déplacée en arrière de toute la longueur de la facette articulaire à laquelle elle était jointe, et dont le doigt constate très-nettement la vacuité. Il est difficile de saisir la clavicule en raison du degré de son abaissement; elle offre cependant encore assez de prise pour qu'on puisse s'assurer de son extrême fixité. Elle ne se laisse pas imprimer le moindre mouvement, surtout en haut.

L'épaule est raccourcie; de l'angle externe de l'acromion au milieu de la fourchette sternale, il y a du côté sain 27 centimètres, et du côté malade 24 seulement; différence, 3 centimètres. Quoique l'extrémité supérieure du scapulum soit ainsi rapprochée de la ligne médiane, son extrémité supérieure ne semble pas s'en écarter davantage, non plus que son angle postérieur et supérieur.

J'ai oublié de rechercher s'il y avait allongement du bras par suite de l'interposition de l'extrémité claviculaire à la tête humérale et à l'acromion; mais le déplacement secondaire de la clavicule en arrière et la liberté des mouvements paraissaient exclure l'idée d'un abaissement de l'humérus.

Saillie anormale de l'*extrémité interne* de la clavicule en *haut et en avant, abaissement* de cet os dans sa *partie externe*, absence de l'*extrémité externe* de la clavicule à sa *place normale* avec *sa dépression au-dessous du plan de l'acromion*, sa *fixité* inébranlable, le *raccourcissement de l'épaule* et le degré insolite de son *inclinaison*, tels étaient les principaux traits du déplacement.

La réduction ne fut pas très-difficile.

Le plein d'une alèze pliée en cravate est passé sous l'aisselle du côté blessé, et les deux chefs, ramenés l'un en avant et l'autre en arrière de la poitrine, sont attachés à une colonne de la tête du lit du côté opposé; contre-extension. Une serviette, également pliée en cravate, est nouée par sa partie moyenne sur le poignet; extension.

Le malade chloroformé, trois aides exercent les tractions sur les chefs de la serviette, en dehors et un peu en arrière, tandis que j'essaye de la main droite de dégager la clavicule, et de la gauche de repousser l'omoplate en dehors, dans le sens des tractions. Cette première tentative échoue. Je fais alors mettre et retenir l'avant-bras dans la demi-flexion, et, saisissant à pleines mains la partie inférieure du bras, je l'attire vigoureusement en dehors, en arrière et en bas. On voit la clavicule se dégager et se rendre non pas tout à fait à sa position normale, mais à 1 centimètre environ plus en arrière et à sa hauteur naturelle.

La luxation montre de la tendance à se reproduire; si l'on cessait de maintenir l'épaule éloignée du tronc, l'extrémité claviculaire repasserait sous l'acromion.

Afin d'assujettir l'épaule dans l'écartement convenable, je place un coussin dans l'aisselle soutenu par une bretelle élastique qui passe sur l'épaule du côté sain. Le bras est ramené au-devant de la poitrine, la main sur l'épaule saine, et fixé dans cette situation par un bandage de corps.

L'appareil fut surveillé et renouvelé fréquemment dans les premiers jours, à cause de la tendance persistante à la reproduction du déplacement.

Au bout de cinq semaines, la guérison était parfaite. L'extrémité claviculaire a très-exactement conservé la place que lui avait donnée la réduction, un peu en arrière de sa position normale, mais à la même hauteur, sans difformité comme sans gêne aucune des mouvements.

Voilà quatre exemples d'une luxation que le sage Boyer déclarait impossible; mais elle est extrêmement rare, puisqu'elle ne s'est rencontrée qu'à des intervalles de 52, 20 et 26 ans. On ne comprend

pas comment J. L. Petit, qui ne l'avait jamais vue, a pu la placer pour la fréquence avant la sus-acromiale, qu'il avait observée, et qui figure, en effet, parmi les plus communes.

En résumé, la *cause* de la luxation a été deux fois sur quatre une pression de haut en bas sur l'extrémité externe de la clavicule ; dans les deux autres cas, il est probable qu'au lieu d'une pression, ç'a été un choc agissant dans le même sens.

Parmi les *caractères anatomiques*, deux méritent une remarque spéciale. C'est d'abord le déplacement secondaire en arrière, qu'on retrouve dans les deux seuls faits où le siége de l'extrémité luxée a été indiqué avec précision. J'ai noté ce point sans surprise et avec une certaine satisfaction chez mon malade. Dans mes études sur cette luxation, il m'avait paru que ce déplacement secondaire devait être la règle, par ces raisons tout anatomiques : « L'abaissement de la tête humérale laisse bien entre elle et le bec acromien un intervalle suffisant pour loger l'os luxé ; mais la rondeur et les mouvements de cette tête le feraient glisser et se réfugier sous la racine de l'acromion, si le bord postérieur de la voûte ne l'y forçait pas » (1).

Un autre caractère moins important, mais intéressant encore, c'est la profondeur à laquelle la clavicule s'enfonce sous l'acromion. Or elle s'y engage largement (Mell) ; elle le déborde même très-notablement en dehors (Tournel).

Dans mon observation, le bout de la clavicule devait, bien que ce fût insensible sur le vivant, dépasser, mais à un moindre degré, le bord externe de l'acromion ; la distance du bord interne de cette apophyse à la ligne médiane du sternum, distance qui était diminuée de 3 centimètres, donne la mesure de l'entre-croisement. C'est là un élément dont Fleury n'a pas tenu compte.

Pour ne pas me répéter, je ne m'arrêterai qu'à un seul *symptôme ;* c'est la déformation du moignon de l'épaule, déformation presque nulle chez mon malade, et très-marquée chez celui de M. Tournel. C'est une différence qui s'explique sans doute par celle de l'étendue du déplacement et par celle de l'embonpoint.

Le *diagnostic* est tout entier dans la superposition évidente de l'acromion à l'extrémité claviculaire, en même temps que cette extrémité reste elle-même superposée à l'apophyse coracoïde ; il est dans l'effacement du relief de cette extrémité sur l'acromion, dans la fixité inébranlable de cette extrémité, dans la solidité de l'os, dans le raccourcissement de l'épaule, etc.

---

(1) *Essai sur les luxations de la clavicule,* page 103.

Le *pronostic* n'offre rien de grave : la réduction est facile, et un bandage bien fait et surveillé triomphe de la tendance à la reproduction du déplacement ; et quand la luxation est abandonnée à elle-même, les mouvements n'en paraissent pas souffrir.

Traitement. — La réduction se fait en tirant le bras en dehors ou en arrière. Avec le chloroforme, il est plus difficile de trouver une manœuvre qui échoue qu'une qui réussit.

La contention varie suivant les cas : si en reprenant sa position l'extrémité de la clavicule s'appuie assez largement sur l'acromion, le coussin axillaire est inutile, et il convient que le bandage, en passant sous le coude, vienne presser sur la clavicule ; mais si la clavicule, rejetée en arrière, ne peut être ramenée en avant en même temps qu'en haut, elle se replace sur l'acromion, sur un point où elle ne trouve pas la voie frayée, et s'appuie à peine sur cette apophyse, et au moindre mouvement elle retombe au-dessous ; alors le bandage ne doit pas porter sur la clavicule, et le coussin axillaire devient nécessaire afin de maintenir au moins les deux os bord à bord.

Le cas nouveau que je communique à la Société devait être le plus exact et le moins imparfait, puisqu'il est le dernier. Il permet de compléter l'esquisse que j'avais essayée de la luxation sous-acromiale de la clavicule.

Polypes du larynx. — M. FOLLIN présente un jeune garçon chez lequel l'examen laryngoscopique fait découvrir plusieurs polypes assez volumineux siégeant à l'entrée du larynx.

Il s'agit, dit M. Follin, de savoir quel est le moyen de guérir ce malade. Je n'ai pas confiance dans l'iodure de potassium, car ces tumeurs ne me paraissent pas de nature syphilitique. Il faut donc songer à l'extirpation. Dans un cas, Victor Bruns a réussi à enlever, sur son propre frère, un polype du larynx, en se servant d'instruments particuliers qu'il faisait pénétrer par la bouche. Ce fait a été publié avec le dessin des instruments et de la tumeur. Ehrmann, dans un cas semblable, fit d'abord la bronchotomie pour assurer la respiration, puis il incisa le cartilage thyroïde pour enlever le polype. J'ai pensé qu'il serait peut-être indiqué ici de pratiquer la laryngotomie thyro-hyoïdienne par le procédé de M. Malgaigne ; mais comme je n'ai jamais fait cette opération, j'ai voulu, auparavant, demander l'avis de mes collègues.

M. HUGUIER. Je demanderai à M. Follin s'il ne craindrait pas que le sang, en pénétrant dans les bronches, ne déterminât l'asphyxie, et

s'il ne serait pas utile d'assurer d'abord la respiration, comme le fit Ehrmann, en pratiquant la bronchotomie.

M. TRELAT. Je ne sais pas pourquoi on n'opérerait pas par les voies naturelles. Chez ce garçon, les polypes sont très-apparents lors de la production des sons graves; on pourrait les saisir à ce moment, et tout au moins les diminuer de volume. Quand M. Fauvel est venu nous montrer ici un polype du larynx, il fit voir en même temps deux petits instruments avec lesquels il se proposait d'opérer.

M. VERNEUIL. Je puis donner des nouvelles du malade de M. Fauvel: il n'a pu être opéré; mais depuis, ce médecin a opéré un autre malade par les voies naturelles; il s'agissait d'un très-petit polype. De même, chez le frère de M. Victor Bruns, le polype était très-petit, et il a fallu dix séances pour l'enlever. Quant à la laryngotomie sus-hyoïdienne, j'en serais assez partisan; mais il faut bien que M. Follin s'attende à rencontrer l'épiglotte et à la couper probablement.

M. FOLLIN. Je ne redoute pas beaucoup l'hémorrhagie, parce que je procéderai lentement, en faisant des ligatures, de manière à avoir une plaie sèche. Dans le fait d'Ehrmann, la trachéotomie préalable avait été nécessitée par l'asphyxie. Enfin, je répondrai à M. Trélat que les polypes extirpés par la bouche étaient très-petits. Je ne vois aucun inconvénient à essayer d'agir ainsi, mais je n'espère pas réussir.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

HYDROCÈLE DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE

communiquant avec la cavité abdominale.

(Communication faite à la Société de chirurgie dans sa séance du 11 février, par M. PÉAN, prosecteur des hôpitaux.)

Ce fait anatomique a été observé sur le cadavre d'une vieille femme livré aux dissections dans l'amphithéâtre des hôpitaux.

Je le présente à la Société au nom de M. Anger, interne des hôpitaux, et au mien.

Une tumeur volumineuse soulevait la paroi postérieure du vagin et l'amenait au contact de l'antérieure (fig. 1 et 2). Cette tumeur proé-

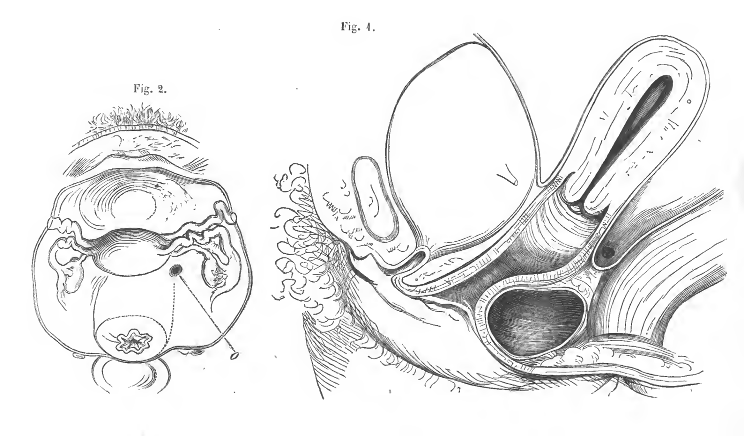


Fig. 2.

Fig. 4.

minait un peu au périnée, écartant les grandes lèvres vers leur commissure (fig. 3).

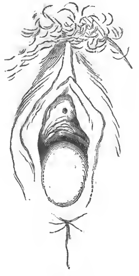


Fig. 3.

Elle était de consistance molle; la plus légère pression la faisait fuir sous le doigt et disparaître. Abandonnée à elle-même, elle reprenait son volume avec la plus grande facilité.

Nous crûmes d'abord à l'existence d'une rectocèle; mais le doigt ayant été introduit dans le rectum, il fut facile de s'assurer que cet intestin n'avait subi aucune altération. Sa paroi antérieure n'était nullement déplacée, et un espace considérable, mesurant l'épaisseur de la tumeur, séparait manifestement cette paroi rectale de la paroi vaginale, normalement contiguë. Ce n'était donc point une rectocèle; l'examen anatomique nous l'a démontré plus tard, et il nous a permis de constater quelques particularités fort curieuses.

La tumeur était liquide, et elle communiquait avec la cavité abdominale par un orifice circulaire, situé en arrière du col utérin.

Presque piriforme, elle avait en bas une extrémité arrondie et volumineuse : celle qui faisait saillie à la vulve; en haut, elle diminuait rapidement de volume pour se terminer au pertuis déja indiqué; elle était assez grande pour contenir un œuf de poule de moyenne dimension. Sa paroi antérieure était en rapport avec la paroi postérieure du

vagin ; sa paroi postérieure pressait sur la face antérieure du rectum, sans diminuer notablement son calibre.

Notons, comme un point important, que la tumeur faisait un peu plus saillie à gauche qu'à droite, et aurait certainement soulevé l'extrémité postérieure de la grande lèvre gauche, en prenant un peu plus d'accroissement. Les dimensions de l'orifice de ce kyste étaient de 1 centimètre environ.

Le péritoine se continuait à son niveau et allait tapisser la cavité adventive que nous venons d'étudier ; ses caractères anatomiques n'étaient nullement modifiés. D'une très-faible épaisseur, il était très-peu adhérent aux tissus sous-jacents, sauf au niveau de l'orifice ; du reste, on ne voyait là rien d'anormal ; aucun épaississement notable, aucune trace d'inflammation.

Faisons encore observer que l'orifice était placé à droite, à uno certaine distance de la ligne médiane, et que la femme étant dans la position horizontale, la tumeur était fort apparente.

Nous nous sommes peu occupés du liquide contenu ; il était le même que celui renfermé dans le péritoine. La malade avait probablement succombé à une maladie du cœur, si on en juge du moins par les suffusions séreuses qui distendaient les tissus.

Les organes génitaux, examinés avec soin, nous ont paru dans un état d'intégrité parfaite ; la face postérieure de l'utérus ne présentait aucune adhérence avec le rectum ou les parois du bassin. Les ligaments larges avaient leur épaisseur normale ; les ovaires étaient flottants dans l'abdomen. Il n'y avait, en un mot, aucune trace de péritonite pelvienne.

Il y a dans ce cas quelque chose d'insolite, et je ne sache pas que les recueils scientifiques contiennent beaucoup d'observations de ce genre. Toutefois j'ai observé l'année dernière, dans les salles de M. Huguier à Beaujon, une tumeur de la grande lèvre présentant avec celle-ci de nombreuses analogies. C'était chez une femme de quarante ans environ.

On sentait par le toucher que cette tumeur se prolongeait le long du vagin jusque vers sa partie supérieure ; elle était molle et fluctuante. La pression réussissait à la faire disparaître complétement. Elle paraissait alors se vider en totalité du côté du péritoine. Une injection iodée fut pratiquée, et le succès fut si complet, que quelques mois après la malade étant venue à succomber avec des tumeurs fibreuses énormes dans le ventre, on ne put même pas retrouver à l'autopsie les traces du kyste injecté et guéri.

Je rapprocherais volontiers ce cas de celui que nous venons d'étudier ; mais à quoi rattacher le développement de ces tumeurs ? Ce

ne sont point là évidemment des péritonites enkystées : l'absence d'inflammation dans le voisinage, la régularité de l'orifice dans le cas que nous avons vu, la tendance que ces tumeurs ont à faire saillie à la vulve, tout doit nous faire écarter cette idée.

Il nous paraît plus raisonnable d'admettre que nous étions en présence de sacs herniaires abandonnés. Quoique les caractères du collet fussent peu marqués, que les sacs fussent vides d'intestin, nous croyons volontiers à l'existence d'une de ces rares hernies vaginales dont les observations se comptent dans la science. L'idée d'un kyste de la cloison, ouvert consécutivement dans le péritoine, est insoutenable, vu la régularité de l'orifice et les caractères identiques des deux membranes.

Pourrait-on admettre là l'existence d'un diverticule du péritoine, comme on en a observé dans le mésentère et ailleurs ? Nous ne le croyons pas ; mais nous devons nous mettre en face de tous ces cas, dans l'impossibilité où nous sommes de sortir du champ des hypothèses.

S'il est démontré que nous avons affaire à un sac herniaire, l'observation prouve que la hernie dans ce cas n'avait pas suivi un trajet très-direct, puisque partie du côté droit du bassin, à quelque distance de la ligne médiane, lieu où était l'anneau circulaire, elle est venue faire saillie auprès de la grande lèvre gauche ; mais il n'y a pas entre le rectum et le vagin de trajet tracé d'avance, comme dans les hernies inguinales et crurales.

Cette hernie appartenait-elle aux vaginales, aux périnéales, aux vagino-labiales ? Disons d'abord que l'étude anatomique de la hernie vagino-labiale, ne reposant que sur un seul fait de M. Stoltz, laisse beaucoup à désirer. Ce serait, d'après ce professeur, en avant du ligament large que sortirait l'intestin ; or la tumeur que nous avons observée proéminait dans la grande lèvre, et cependant elle passait très-manifestement en arrière du ligament large.

Ce n'est point là non plus un cas de hernie périnéale, si nous nous en rapportons du moins au seul cas probant, celui publié par Scarpa et dessiné dans son bel atlas. Là, en effet, l'intestin était venu faire saillie en avant et en dehors de l'anus au travers d'un écartement des fibres du releveur.

C'est donc une hernie vaginale que nous avons sous les yeux, hernie dont l'histoire est encore presque à faire, puisque les trois ou quatre faits d'entérocèle vaginale contenus dans les livres sont incomplets et manquent presque tous de détails anatomiques assez circonstanciés pour permettre d'en écrire scientifiquement l'histoire.

— M. Huguier ayant bien voulu nous remettre la relation du fait

intéressant qu'il a observé, nous nous empressons de le publier. Nous l'avons extrait du registre où ce savant praticien fait consigner toutes les observations de maladies utérines qui se présentent dans son service.

La nommée P..., âgée de quarante ans, a commencé il y a deux ans à voir se développer dans son ventre la tumeur pour laquelle elle entre aujourd'hui à l'hôpital (salle Sainte-Clotilde, n° 32). Elle a été réglée à quinze ans. Ses règles sont venues sans être précédées ni accompagnées de douleurs bien vives. Sa menstruation a toujours été régulière. Elle n'a jamais eu d'enfants, jamais de fausses couches. On constate facilement sur cette malade l'existence de deux tumeurs, l'une abdominale, l'autre faisant saillie à la vulve. Cette seconde n'existe que depuis cinq mois. Le développement de ces tumeurs n'est accompagné d'aucune gêne ni d'aucune douleur; la malade souffre peu. L'émission de l'urine et des matières fécales se fait sans difficulté. Par la palpation, on circonscrit une tumeur qui occupe l'hypogastre et qui s'élève jusque dans l'ombilic et le flanc droit. Cette tumeur est irrégulière et présente des lobes assez volumineux, les uns durs, les autres mous et fluctuants. Sonorité dans le flanc gauche et dans le flanc droit, mais plus étendue à droite.

La seconde tumeur sort à travers l'orifice du vagin, qui l'étrangle à sa base et lui forme une espèce de collet (fig. 4). Sa coloration est rosée.

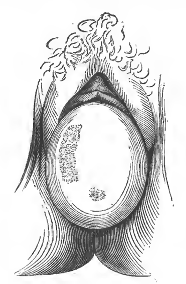


Fig. 4.

Elle est recouverte par la muqueuse vaginale, offrant un certain degré de sécheresse. Elle est molle, fluctuante et très-évidemment transparente; volumineuse quand la malade est debout, elle diminue dans la position horizontale. Lorsqu'on la presse avec les mains, elle fuit en quelque sorte, et on peut ainsi la faire disparaître complétement.

Le 7 septembre, M. Huguier pratique une ponction dans la partie déclive de la tumeur; cette ponction donne issue à environ deux litres d'un liquide séro-sanguinolent. La tumeur se vide complétement. Une injection iodée est pratiquée, après quoi on applique un bandage qui maintient réduites les parois relâchées de la tumeur.

A partir de ce moment, la malade, qui depuis quelques jours éprouvait de la difficulté dans l'émission des urines, put uriner seule. Quelques accès de fièvre, qui s'étaient déjà montrés avant l'opération, réapparurent avec plus d'intensité; ils cédèrent peu à peu, et la malade revint au bout de quelque temps à un état de santé assez satisfaisant. La tumeur disparut peu à peu. Le contenu de la poche fut entièrement résorbé dans l'espace d'un mois.

Le 17 janvier, la malade se plaint d'une violente douleur dans le ventre. On constate dans la fosse iliaque droite l'existence d'une tumeur arrondie, rénitente, sonore à la percussion. La peau devient rouge et tendue; il était manifeste qu'il se passait là un travail de suppuration. Une ponction est pratiquée, et donne issue à un liquide purulent, ainsi qu'à des gaz qui s'échappent avec gargouillement. Une mèche est introduite dans la plaie. L'état général est assez alarmant. Dans les premiers jours de février, la malade parut reprendre quelques forces; mais la suppuration abondante finit par l'épuiser, et elle mourut le 22 du même mois.

Autopsie. — L'abdomen étant ouvert, on découvre une tumeur volumineuse d'environ 20 centimètres de hauteur sur 15 à 18 de largeur. Elle refoule les intestins en haut et à gauche. Cette tumeur paraît développée aux dépens de la face postérieure de l'utérus, et s'est agrandie en haut en s'élevant vers l'ombilic; en bas, elle descend entre le col de l'utérus et le rectum.

Une coupe étant pratiquée sur cette tumeur, on reconnaît qu'elle est formée d'une enveloppe péritonéale, d'une tunique fibreuse, et enfin d'une substance propre qui présente les caractères suivants: Au milieu d'une trame de couleur violacée sont répandues, très-nombreuses et serrées les unes contre les autres, de petites masses blanches, dures, élastiques, et paraissant formées de fibres irrégulièrement entre-croisées. On trouve çà et là de petites cavités capables

à peine d'admettre l'extrémité mousse d'un stylet ; il y en avait une trentaine environ sur la surface de section.

Si on cherche où conduit l'incision pratiquée dans la fosse iliaque droite, on arrive dans une cavité large, aplatie, située entre la fosse iliaque et la face postérieure de la tumeur fibreuse. Les parois de cette cavité sont assez épaisses et unies aux parties voisines par des adhérences inextricables. Elle est en rapport avec le rectum en arrière et à gauche, avec le vagin en avant. Elle est unie à ces deux canaux par une masse d'adhérences qui rend la dissection excessivement pénible.

Les ovaires étaient parfaitement sains. On ne put retrouver aucun reste du kyste vulvaire, qui était complétement oblitéré et qui était ainsi guéri parfaitement depuis quatre mois, quand survinrent les accidents qui ont causé la mort.

Séance du 27 février 1863.

Présidence de M. Depaul.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Enquête sur les ressources de la prothèse dans les cas d'arrêt de développement congénital des membres abdominaux et spécialement de l'un d'eux.

M. Debout lit sur ce sujet le début d'un travail dont voici un extrait :

Des difformités si nombreuses que l'enfant peut présenter à sa naissance, et qui sont compatibles avec le maintien de la vie, il n'en est pas de plus considérable que celles qui sont constituées par l'arrêt de développement des membres. En effet, par une de ces lois mystérieuses de la nature, la tendance au développement symétrique des organes homologues, l'anomalie porte souvent sur les quatre membres à la fois, plus fréquemment encore sur les deux membres thoraciques ou sur les deux membres abdominaux, tandis que rarement elle semble affecter un seul d'entre eux, et cela quel que soit le genre de vice de conformation. Il résulte de ce fait que l'étude des cas d'arrêt de développement des membres n'a encore été abordée que par les tératologistes.

Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, dans son savant *Traité des anomalies de l'organisation*, a rassemblé tous les exemples connus de ces sortes

de déviations du type normal; après avoir tracé les caractères indicateurs de cette sorte d'anomalie, il lui assigne un rang intermédiaire entre les véritables monstruosités et les simples vices de conformation. Cependant, le titre qu'il donne à ce chapitre de son livre : *Des monstres ectroméliens*, prouve que notre savant auteur penche à classer l'avortement plus ou moins complet des membres dans le dernier embranchement tératologique. Nous nous expliquons cette classification par la nature des matériaux qu'il a eus à sa disposition. Jusqu'ici on n'a guère pris la peine de recueillir que les exemples des anomalies les plus considérables, de sorte que, en tenant compte seulement des faits consignés dans les annales de l'art, on n'a qu'un élément de la question.

Lorsque l'anomalie est trop peu considérable pour que les individus pauvres puissent exploiter leur infirmité et en faire ressource, ils la cachent. Il faut que le hasard des circonstances vienne nous en rendre les témoins. Toutefois, lorsqu'on fait rechercher ces faits prétendus très-rares, on est tout étonné du nombre des exemples que l'on parvient à découvrir. Nous allons tout à l'heure en fournir la preuve.

Isidore Geoffroy Saint-Hilaire a divisé cette famille tératologique en trois genres : la *phocomélie*, l'*hémimélie* et l'*ectromélie*. Nous allons passer rapidement en revue chacun de ces genres, et nous nous appesantirons spécialement sur les cas dans lesquels l'anomalie porte sur un seul des membres abdominaux, afin d'indiquer les secours que la prothèse peut offrir aux individus atteints de ces vices de conformation.

Phocomélie. — Les tératologistes, pour leurs dénominations des monstruosités chez l'homme, ont cherché les points de rapport qui pouvaient exister entre les anomalies subies par l'organisation dans notre espèce et la conformation normale chez les animaux inférieurs. Ainsi, pour la première forme de ces vices de conformation constitués par l'arrêt de développement des divers segments des membres, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire fait remarquer que, chez les mammifères nageurs, les deux segments intermédiaires entre le tronc et la main ou le pied se trouvent réduits à de très-petites dimensions et cachés par les téguments communs, comme chez les cétacés et les phoques.

« Ce sont, dit-il, ces conditions appartenant en propre dans l'état normal aux animaux aquatiques et à quelques fouisseurs très-anormaux, tels que la taupe; ce sont surtout celles des phoques, qui, réalisées quelquefois par anomalie chez l'homme et les animaux essen-

tiellement terrestres, caractérisent la monstruosité que je nomme pour cette raison *phocomélie*.

» .....Des mains ou des pieds de grandeur ordinaire, et le plus souvent même complétement normaux, qui, supportés par des membres excessivement courts, semblent, dans la plupart des cas, sortir immédiatement des épaules et des hanches : tel est le caractère commun de ce genre, auquel se rapportent déjà, dans l'état présent de la science, plusieurs sujets, d'ailleurs différents à plusieurs égards.

» Ainsi, les deux membres abdominaux seuls, ou bien les deux thoraciques, ou même les quatre membres, peuvent être affectés à la fois de phocomélie. On conçoit aussi la possibilité que la monstruosité n'affecte qu'un seul membre thoracique ou abdominal; *mais cette modification de la phocomélie ne m'est encore connue par aucune observation authentique.* »

Si les exemples de phocomélie pelvienne unique étaient aussi rares que le pensait Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, nous n'aurions pas à nous en occuper. Mais il est loin d'en être ainsi, et nous allons pouvoir citer un aussi grand nombre de cas de ces sortes d'arrêt de développement borné à un seul des membres abdominaux chez des individus vivants, que le savant tératologiste a pu rassembler de cas de phocomélie multiple en groupant tous les faits consignés dans les annales de la science depuis plus d'un siècle.

Ce n'est pas à dire que nous voulions prétendre établir par là que les faits de phocomélie unique soient plus fréquents que les cas de phocomélie double ou quadruple. La nature, même dans ses écarts, ne rompt pas complétement avec ses lois; or, nous l'avons dit, le développement des membres se produisant d'une manière symétrique, lorsque l'un d'eux vient à être atteint dans son organisation, l'autre subira le plus souvent la même modification. Toutefois, les faits exceptionnels sont encore assez fréquents pour qu'on doive compter avec eux.

La grande différence qui existe entre les résultats des recherches d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire et les nôtres, tient aux sources où nous sommes allés puiser nos exemples. Le savant tératologiste a tracé sa description de cette anomalie surtout à l'aide des faits consignés dans la science; or, nous l'avons déjà fait remarquer, les observateurs n'ont publié que des exemples des anomalies les plus compliquées.

Les sciences d'observation ne se constituent pas avec ces seuls documents et dans l'isolement du cabinet de travail. Il faut encore parcourir d'une manière incessante les lieux où convergent toutes les

misères humaines, les hôpitaux et les hospices. Là on rencontre les exemples qui appartiennent aux classes inférieures de la société. Quant aux cas fournis par les classes mieux favorisées de la fortune, ils ne vous échapperont pas davantage si vous savez les chercher.

L'arrêt de développement de l'un des membres abdominaux ne constitue pas seulement une difformité, mais porte encore un obstacle considérable à la station et à la marche. Les individus porteurs de cette anomalie sont donc conduits, lorsqu'ils possèdent quelques ressources, à s'adresser aux fabricants de jambes artificielles, afin d'en obtenir un appareil qui leur permette de marcher autrement qu'avec des béquilles.

C'est à ces sources d'observation, la dernière spécialement, que je suis allé puiser les faits qui devaient me permettre de répondre aux demandes qui nous sont adressées par M. le professeur Ange Duval.

Consulté par un individu affecté de phocomélie du membre abdominal droit, sur les services qu'il pourrait obtenir de l'usage d'une jambe artificielle, notre collègue est venu nous soumettre le dessin de l'appareil prothétique qu'il se proposait de faire construire pour ce jeune homme. La difficulté et la nouveauté du sujet l'incitaient à réclamer nos conseils.

Avant de produire les résultats de l'enquête à laquelle il s'est livré pour répondre aux désirs de M. A. Duval, M. Debout jette un coup d'œil sur les formes du membre abdominal dans les cas de phocomélie multiple.

Dans la plupart de ces cas, la longueur des membres inférieurs étant la même, la prothèse n'a pas à intervenir; il n'en est plus de même dans la phocomélie pelvienne unique. Les individus ne pouvant marcher sans appareil, M. Debout expose ce que l'expérience lui a appris à cet égard.

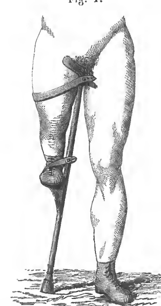
Parmi les estropiés qui accompagnent en si grand nombre les joueurs d'orgue que nous rencontrons à chaque pas dans les rues de Paris, il existe un certain nombre de phocomèles. De ceux que nous avons examinés, nous en citerons deux chez lesquels l'anomalie était bornée à un seul des membres abdominaux.

Obs. I. — *Phocomélie affectant les deux segments du membre droit. Emploi d'une béquille échasse.*

Jeune homme de vingt à vingt-cinq ans, bien conformé d'ailleurs, et jouissant d'une santé robuste. Chez lui, l'arrêt de développement

avait porté d'une manière presque égale sur chacun des deux segments du membre. Ainsi le membre avorté présentait la moitié de la hauteur du membre normal, le pied au niveau de l'articulation du genou. Le segment crural était peut-être un peu plus long, certainement mieux musclé que le segment jambier et le pied légèrement atrophié. A part la petitesse, ce dernier présentait une bonne conformation.

Fig. 1.



Ce garçon, fort industrieux, s'était construit un appareil très-simple ; celui-ci consistait en une sorte de béquille, dont la crosse embrassait le pli génito-crural ; à la partie moyenne du support était fixée une petite potence sur laquelle le pied atrophié reposait. Deux courroies suffisent pour fixer l'appareil au membre. De cette façon, cet homme s'était créé des points d'appui solides, l'un au bassin, l'autre à l'extrémité du membre. Aussi pouvait-il marcher toute la journée, et souvent même, lorsqu'il n'avait pas de compagnon, il portait son orgue.

Obs. II. — *Anomalie portant spécialement sur le segment crural du membre droit. — Usage d'une sorte de sellette pilon.*

Garçon de dix-huit à vingt ans, ne présentant pas d'autre difformité, et également doué d'une santé excellente. Chez lui, l'arrêt de développement portait beaucoup plus spécialement sur le segment crural, qui mesurait à peine 10 centimètres de longueur. La jambe et le pied présentaient à peu près les dimensions de l'autre membre. C'était presque la conformation du second phocomèle de M. Charrière (obs. IV).

Son appareil était plus simple encore que le précédent, mais moins ingénieux. Il était formé par une plaque de bois emmanchée sur une tige droite et sur laquelle cet individu posait son tronçon de cuisse. Il faisait mouvoir cette tige de bois à l'aide de sa jambe, qu'il enrou-

lait autour ; au moment où cette sorte de pilon touchait le sol, la main droite du phocomèle, qui ne lâchait jamais la plaque de bois, ramenait celle-ci sous la cuisse et le bassin.

A ces faits, dont le hasard m'avait rendu témoin, j'ai voulu ajouter ceux que pouvaient me donner nos divers fabricants de jambes artificielles.

Du moment où je me livrais à une semblabie enquête, la première personne que je devais consulter était M. Charrière. Nul ne pouvait me fournir des faits plus nombreux. Parmi ceux qu'il m'a cités, je rapporterai seulement les deux derniers, parce qu'il possédait encore les moules de ces membres avortés, ainsi que les modèles des appareils qu'il avait construits.

Obs. III. — *Phocomélie affectant exclusivement le pied et la jambe droite ; usage d'un membre artificiel prenant son point d'appui au bassin.*

En 1860, une demoiselle affectée de phocomélie pelvienne unique vint à Paris pour se faire faire une jambe artificielle, et s'adressa à M. J. Charrière. Cette jeune personne, âgée de dix-huit à vingt ans, de petite taille, ne présentait aucun autre vice de conformation que l'arrêt de son membre abdominal droit (fig. 2). Le segment supérieur offrait des dimensions identiques en volume et en longueur avec celui du côté opposé. L'anomalie portait exclusivement sur la jambe et le pied, ce dernier surtout. Cette extrémité présentait à peine la moitié du volume du pied sain ; les orteils n'existaient pas, et les métatarsiens, confondus, formaient un cône dont la pointe excédait à peine le volume du gros orteil normal.

Voici les dimensions que présentaient ces membres. Les deux cuisses mesuraient, du pli de l'aine au milieu de l'articulation du genou, 26 centimètres. La jambe normale, du milieu du genou au sol, 40 centimètres. La jambe avortée, du même point à l'extrémité du pied phocomèle, 23.

La longueur du membre étant celle qu'on observe à la suite des amputations à la partie moyenne de la jambe, M. Charrière a fait construire pour cette demoiselle un appareil sur le modèle de ceux qu'il livre aux amputés, c'est-à-dire prenant son point d'appui principal à l'ischion (fig. 3). Depuis trois années que Mlle X... porte cette jambe, elle a complétement abandonné l'usage des béquilles et marche fort bien.

Les cas dans lesquels l'arrêt de développement porte spécialement sur le pied sont les plus rares, et nous ne connaissons pas d'autre

exemple dans lequel la conformation de cette extrémité soit aussi anormale.

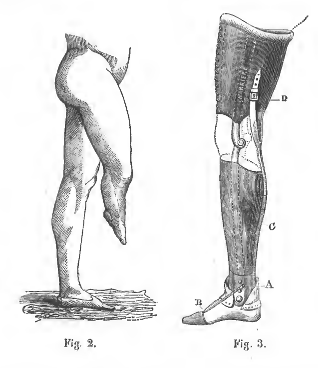


Fig. 2. Fig. 3.

Obs. IV. — *Phocomélie pelvienne gauche. — Anomalie portant spécialement sur le segment crural. — Usage d'un appareil prothétique depuis l'âge de quatre ans et demi.*

Jules X..., petit garçon de neuf ans, est né à terme d'une mère délicate, âgée de dix-sept ans. Celle-ci rapporte l'infirmité de son enfant aux travaux du ménage, qu'elle a dû continuer pendant toute la durée de sa grossesse. L'arrêt de développement porte principalement sur le segment crural, qui ne mesure que 8 centimètres, tandis que la longueur de la jambe est de 25 centimètres. La sage-femme qui a reçu cet enfant nous a dit que, au moment de la naissance, la jambe paraissait s'insérer sur le bassin, et que le genou faisait saillie au niveau de la région inguinale ; de plus, la plante du pied était manifestement tournée en dehors. Ce léger pied bot valgus n'a nécessité aucun trai-

tement spécial; des frictions et des manipulations pratiquées par la nourrice ont suffi pour ramener la bonne conformation du pied.

Vers l'âge de quatre ans, on amène l'enfant à Paris, et on consulte le docteur Alp. Amussat sur le moyen à employer pour le faire marcher. La forme du membre et l'état de développement des muscles porte notre confrère à conseiller l'essai d'un appareil prothétique, et il adresse les parents à M. Jules Charrière.

L'appareil construit par ce fabricant se compose de quatre parties principales (fig. 4).

Une bottine en cuir, terminée par un pied artificiel, et portant à sa partie supérieure une planchette en bois, sur laquelle pose le pied naturel E. A l'intérieur de cette bottine se trouvent placés des ressorts destinés à imprimer des mouvements d'extension et de flexion au pied artificiel G. Quant aux mouvements d'extension de la jambe artificielle, ils sont confiés à deux ressorts en caoutchouc F, placés à l'extérieur, et de chaque côté du pied naturel. C'est la disposition que M. Charrière emploie pour rendre le mouvement à l'articulation du genou, dans les cas de rupture du ligament rotulien.

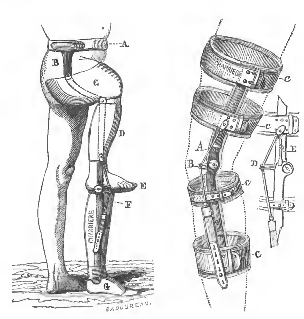


Fig. 4. Fig. 5.

Une molletière D embrasse la jambe naturelle, et n'a d'autre action que de maintenir les attelles latérales qui relient la jambe artificielle avec la partie supérieure de l'appareil.

Celle-ci est constituée par un cuissard C, formé par une gaîne en cuir moulé, sorte de sellette sur laquelle reposent la fesse et la cuisse avortée. Ce cuissard est ouvert à sa partie antérieure et supérieure, pour permettre l'introduction de ce segment du membre.

Enfin, une ceinture A fixe l'appareil au tronc.

L'enfant, qui jusque-là n'avait pas encore marché, n'a pas tardé à s'habituer à cet appareil, et partage les jeux de ses camarades; il court, saute, et n'est pas le moins pétulant des enfants de la pension. Il porte son appareil depuis près de cinq années ; j'espère le soumettre prochainement à l'examen de la Société.

Un peu plus d'ampleur donnée aux jambes de son pantalon suffit pour cacher sa difformité.

L'âge de l'enfant a suggéré à M. Charrière l'idée de construire les attelles latérales de plusieurs pièces, afin de pouvoir allonger leur étendue à volonté et suivre les progrès du développement du membre sain. De cette façon, il devient nécessaire de remplacer l'appareil alors seulement qu'il est usé.

Peut-être, lorsque l'enfant deviendra plus posé, sera-t-il possible de supprimer la partie supérieure de l'appareil. Celui-ci serait réduit à la bottine, qui viendrait prendre son point d'appui autour des condyles du tibia.

L'observation suivante va prouver que ce petit mutilé pourrait retirer de non moins bons services de son appareil ainsi simplifié. Elle est due à M. le docteur Bucquet.

Obs. V. — *Phocomélie pelvienne gauche. — Usage pendant plus de cinquante années d'une bottine-pilon. — Essai d'une jambe artificielle.*

M. de X... est âgé de soixante ans ; sa taille est de $1^m,66$; sa conformation parfaite de tout point, sauf le membre défectueux. Toute sa famille, qui est fort nombreuse, se compose d'individus remarquables par leur *beauté :* le mot n'est que juste. Toutefois, il est très-digne de remarque que les quatre générations de cette famille que j'ai connues, ont présenté un individu par chaque génération, porteur d'un membre mal conformé : ainsi une grand'tante était privée d'une main; un oncle avait une jambe *estropiée;* et un neveu est né avec une main de moins. La difformité semble avoir suivi la ligne collatérale par les *femmes ;* mais je ne puis fournir aucun autre détail.

« Lorsque l'on considère les membres inférieurs de M. de X..., les deux cuisses paraissent parfaitement semblables au premier aspect : seulement, il semble que la cuisse gauche est articulée avec le pied, lequel est parfaitement conformé du reste, et seulement un peu moins développé dans toutes ses dimensions ; mais, en examinant ce membre avec soin et en palpant, on s'assure que ce n'est point la jambe qui manque, mais, au contraire, le corps même du fémur ; et c'est ce qui m'a fait vous dire que le genou se trouve au niveau du pli de l'aine. En effet, il semble que les condyles du fémur font suite au grand trochanter, tandis que l'on sent parfaitement la tête du fémur rouler dans la cavité cotyloïde. En somme, il me semble que toutes les parties constitutives du pied et de la jambe existent, et que l'on peut se rendre parfaitement compte de la difformité en supprimant par la pensée le corps du fémur, ou le supposant réduit à une longueur de quelques centimètres.

» Il suit de là que le membre défectueux, qui ost très-fortement musclé, a presque autant de force que le membre sain, et que, pour qu'il servît à la marche, il a suffi de le prolonger, de manière qu'il pût s'appuyer sur le sol. C'est ce que l'on a obtenu en chaussant le pied d'une bottine fixée sur un simple pilon et fixant le pilon lui-même à la jambe pour plus de solidité, par deux attelles serrées autour de la jambe par une simple courroie. Cet appareil n'est autre, en un mot, que l'appareil ordinaire des amputés de la jambe au lieu d'élection : seulement, à la place d'un coussin pour appuyer le genou, c'est une bottine destinée à chausser le pied.

» Cet appareil fut appliqué, on peut le dire, dès que l'enfant fut en état de marcher ; aussi M. de X... s'en servait-il avec une grande aisance : au collége, il jouait, courait et sautait presque aussi bien qu'aucun de ses camarades. Ce n'est qu'après l'âge de quarante ans qu'il s'est avisé de demander une jambe à M. Ferd. Martin, et cette jambe, il l'a essayée ; mais, à la lettre, il ne s'en est jamais servi. Il la trouvait énormément lourde, et il butait à chaque pas en montant soit une rue en pente, soit un escalier ; de plus, il avait pris un embonpoint considérable. Marié et père de famille, bien connu dans son pays dont il ne sortait pas, il n'éprouvait nullement le besoin de déguiser son infirmité : rien ne le portait donc à s'imposer les ennuis et les dépenses que lui promettait un appareil qu'il jugeait, après tout, moins commode que celui dont il avait l'habitude. Et cependant il ne doute pas que s'il eût voulu rester assez longtemps à Paris, M. Ferd. Martin n'eût réussi à lui construire un appareil suffisamment léger, et beaucoup plus gracieux que son pilon babituel.

» M. de X... ne s'est jamais servi de béquilles, sinon depuis deux

ou trois ans : un embonpoint immodéré lui a fait désirer, pour plus de solidité, d'ajouter à son pilon-bottine cette base de sustentation plus étendue.

» La longueur du membre sain, du périnée au talon, est de 84 centimètres ; celle du membre avorté est de 48, également du périnée au talon. » (*Extrait d'une lettre du 29 janvier 1863.*)

Enfin arrive le cas de M. Duval, pour lequel nous sommes consulté.

Obs. VI. — *Phocomélie pelvienne unique. — Modèle d'un appareil prothétique.*

M. Auf... (René), né le 29 septembre 1844, à Mespaul, près Brest, est l'aîné de huit enfants ; six ont succombé en bas âge à des maladies diverses. Aucun de ceux-ci ne présentait de difformité. Le seul frère qui existe encore, a quatorze ans et est très-vigoureux pour son âge. Le père, qui a atteint cinquante-huit ans, travaille avec l'ardeur d'un jeune homme et présente tous les attributs de la constitution la plus forte. La mère, âgée aujourd'hui de quarante-quatre ans, est encore réglée ; sa santé habituelle ne laisse rien à désirer.

Elle déclare n'avoir éprouvé ni gêne ni douleurs ; qu'elle n'a reçu aucun choc, aucun coup pendant la gestation ; elle dit également qu'aucune impression vive n'a été perçue pendant la grossesse.

Un médecin (M. le docteur Lamendour) qui n'existe plus depuis plusieurs années, a assisté à l'accouchement et a reçu l'enfant ; c'est avec une grande surprise qu'il a constaté la conformation étrange du membre abdominal droit, qu'il trouva entouré *de trois circulaires assez serrés du cordon ombilical.* Il n'a jamais hésité à expliquer aux parents les lésions observées par la circonstance rare que je viens de rapporter.

La taille du sujet est de $1^{m},63$; il est bien conformé ; son tempérament est sanguin ; sa constitution ne laisse rien à désirer ; traits bien réguliers, cheveux noirs et abondants, iris brun, poitrine large, musculature bien développée.

La puberté a paru avant l'âge de seize ans ; des poils nombreux ombragent le pubis, la verge présente un développement normal ; les testicules, de dimensions ordinaires, sont contenus dans les loges scrotales.

M. Auf... marche avec agilité à l'aide de deux béquilles.

Malgré la position de fortune des plus modestes de sa famille, ce jeune homme a reçu une éducation presque complète ; mais l'infirmité dont il est atteint a empêché son admission dans les services publics, et lui a fermé aussi une foule de carrières. Il a pu cependant être reçu dans les bureaux d'une administration civile, où son

intelligence et son zèle ont été remarqués. Mais là encore ses émoluments, bien minimes, resteront toujours les mêmes et à peine suffisants pour son entretien, s'il ne peut abandonner l'usage des béquilles. Aussi, dès qu'il a cru être certain d'avoir acquis la taille qu'il doit conserver dans l'avenir, il est venu demander à M. Duval des conseils sur l'emploi des moyens prothétiques les plus propres à obtenir une progression plus rapide qui lui permette, en abandonnant l'usage des béquilles, de penser à remplir les devoirs que lui imposerait une position plus convenable et mieux rétribuée.

La gravure ci-jointe (fig. 6), calquée sur une photographie prise par M. le docteur Bernier, donne une idée de l'étendue de l'anomalie. Celle-ci a été étudiée avec le plus grand soin par le professeur A. Duval. Nous regrettons que l'espace nous permette seulement d'emprunter à son intéressant travail la description du modèle de la jambe artificielle que ce chirurgien propose pour son mutilé.

Une cuvette ou cuirasse en cuir qui enveloppe la plus grande partie du côté droit du bassin, maintenue en place en avant et en arrière par deux lanières en cuir qui se rendent à une ceinture bouclée qui entoure le tronc, et ainsi analogue à celle dont M. Arlaud a fait usage à Toulon lorsqu'il a fait subir certaines modifications à l'appareil Foullioy.

Aux côtés externe et interne du membre artificiel se trouvent quatre attelles en acier, réunies au genou, comme dans les appareils ordinaires; deux attelles fémorales assez courtes, deux tibiales plus longues. Celles-ci, les attelles inférieures, sont réunies par un boulon A supportant une tige B qui présente à sa partie supérieure une barre transversale C s'élevant au niveau de la plante du pied.

Le pied peut ou s'appuyer sur cette sorte de pédale, ou la saisissant avec les quatre orteils, lui imprimer un mouvement en arrière qui porte forcément la jambe et le pied artificiels en avant.

Comme l'articulation du genou sera la même que dans l'appareil Martin, la cessation de l'action amènera l'extension du membre, qu'il sera facile de prolonger à l'aide d'une targette ou d'une goupille qu'on peut adapter à l'appareil.

La jambe et le pied ne devront présenter rien qui ne soit connu depuis bien longtemps de tous les chirurgiens.

Après avoir produit tous les faits qu'il lui a été possible de rassembler, M. Debout jette un coup d'œil sur la conformation diverse des membres inférieurs, selon que l'anomalie affecte l'un d'eux spécialement ou les deux à la fois ; puis il examine leur constitution anatomique. Muni de ces éléments, il discute ensuite la question des appareils prothétiques réclamés par chacune de ces difformités.

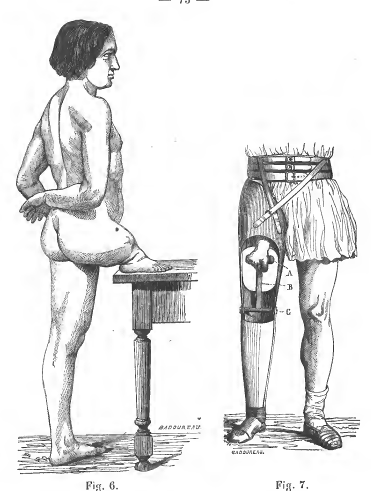


Fig. 6. Fig. 7.

M. LARREY. M. Debout a-t-il eu occasion de faire appliquer sur quelqu'un des phocomèles dont il nous a donné l'histoire les moulages en caoutchouc do M. Stahl, dont M. Giraldès nous a fait voir quelques modèles ?

M. DEBOUT. Je n'ai pu faire qu'une simple enquête ; j'ai eu à peine le temps de réunir des matériaux ; mais je n'ai par moi-même institué aucun traitement.

M. LARREY pense que le mot *pilon à échasse* vaudrait mieux, et serait d'ailleurs plus exact que celui de *pilon à potence* dont s'est servi M. Debout.

Après différentes observations, sur l'avis de M. Broca, que le comité croit pouvoir publier un fascicule de mémoire tous les six mois, et après consentement de M. Debout, la Société, consultée par le président, décide que le travail de M. Debout sera publié dans le prochain fascicule des mémoires.

COMMUNICATION.

Réduction en masse des hernies. — M. RICHET. J'ai communiqué il y a quelque temps à la Société (séance du 17 décembre 1862) une observation de hernie inguinale réduite en masse par le taxis forcé avec persistance de l'étranglement nécessitant la herniotomie, et suivie de mort rapide. M. Larrey a reçu de M. Mounier une observation offrant avec la mienne quelque analogie, et que son auteur voudrait voir rapprochée du fait que j'ai publié. Malheureusement l'autopsie n'a pu être faite, et rien ne me prouve que la persistance des phénomènes d'étranglement ne puisse être attribuée à une péritonite, à un étranglement interne ou à toute autre cause. Je crois que l'observation est trop incomplète pour figurer dans nos Bulletins.

M. LARREY partage l'opinion de M. Richet.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je suis d'avis que les recherches cadavériques sont indispensables pour juger les questions de cette nature. Différents faits de ma pratique m'ont trop frappé pour que je ne garde pas toute réserve en l'absence des pièces pathologiques. Voici deux de ces faits dont je conserve un souvenir exact :

Je reçois à l'hôpital Necker un malade atteint de hernie étranglée, datant de trois ou quatre jours. La hernie est réduite sans grande difficulté ; mais les accidents persistent, les évacuations alvines ne se rétablissent pas, et le malade succombe. A l'autopsie, on trouve la hernie réduite, l'intestin, le péritoine intacts ; aucune lésion physique de nature à expliquer la terminaison. Il y a eu là, suivant moi, une paralysie de l'intestin consécutive à l'étranglement.

Dans le même hôpital, je réduis par le taxis une hernie ; mais les vomissements et la constipation continuent. Il reste une petite tumeur dure, résistante ; je pense qu'il y a peut-être une petite portion d'intestin étranglée : je me décide à opérer. Je trouve un sac très-dur, très-épais, à parois abondamment garnies de graisse, mais ne contenant absolument rien. Au bout de peu de jours, tout rentre dans l'ordre ; les selles se rétablissent, et le malade guérit.

Ces faits me semblent motiver la réserve que j'exprimais, et doi-

vent engager la Société à ne pas publier l'observation sans autopsie qui lui est adressée.

M. BLOT. En 1847, pendant mon internat chez M. Velpeau, j'ai observé un fait qui aurait pu en imposer pour une réduction en masse. Un homme vigoureux était atteint d'une hernie volumineuse qui, sortie brusquement, avait été réduite avec facilité. Des accidents graves persistèrent après cette réduction, et le malade mourut. L'autopsie fit voir l'intestin enroulé deux fois sur lui-même autour du mésentère tordu.

M. RICHET. J'ai rapporté à la Société un fait analogue à celui de M. Blot, que j'ai observé dans le service de M. Denonvilliers. Chez un malade qui succomba après la réduction en masse d'une hernie, on trouva le cœcum rejeté au-devant de l'estomac, et l'intestin tordu sur lui-même et imperméable.

Anévrysme traumatique de la fémorale. — M. CHASSAIGNAC. J'ai déjà présenté à la Société le 24 septembre dernier le malade que je lui montre de nouveau aujourd'hui. Je venais, à cette époque, de le traiter par la compression digitale d'un anévrysmo traumatique situé au niveau de l'anneau du troisième adducteur, et bien que la compression n'eût duré que sept heures, la guérison me paraissait incontestable. Cependant, au bout de six semaines environ, le malade revint à l'hôpital, et je constatai des battements au niveau de la tumeur ; craignant une récidive, je le repris dans mon service, et le soumis de nouveau à la compression. Celle-ci fut faite d'une manière très-irrégulière ; cependant peu à peu les battements disparurent, et je crois qu'aujourd'hui, un mois après la suspension de tout traitement, on peut regarder la guérison comme définitive et assurée.

M. BROCA. J'approuve M. Chassaignac de nous présenter de nouveau ce malade et de nous faire part des craintes qu'il a éprouvées, puisque la guérison des anévrysmes *traumatiques* par la compression a été mise en doute. Qu'il y ait eu des revers, il n'y a point lieu d'en être surpris, puisque les anévrysmes traumatiques n'ont point de sac véritable, mais sont constitués par une sorte de cavité artificielle bien plus propre à déterminer la formation des caillots noirs que le dépôt régulier des couches fibrineuses ; mais les succès ne sont pas rares, et j'ai la connaissance de quinze guérisons au moins obtenues par la compression.

Le retour des battements ne doit point être confondu avec la récidive. J'ai pris soin, dans mon *Traité des anévrysmes*, de faire cette distinction importante. La poche, déjà tapissée de caillots fibrineux,

peut bien contenir quelques caillots noirs que liquéfie et qu'entraîne le sang artériel; mais le travail de solidification n'en continue pas moins, et la guérison s'affermit de plus en plus.

M. VELPEAU. A-t-on recherché ce que devient l'artère à la suite de la guérison par la compression ? Est-elle oblitérée ? Est-ce la poche seule qui se comble et se rétracte ? Ce qui me conduit à faire ces questions, c'est le souvenir d'un malade que la Société a pu examiner, et que j'ai traité l'année dernière dans mon service. Soumis d'abord sans succès à la compression digitale, on lui appliqua ensuite le compresseur de M. Broca, puis la flexion forcée de la jambe sur la cuisse, pour revenir au compresseur et alterner entre ces deux moyens. Au bout d'un assez long traitement, je considérai le malade comme guéri. Deux mois après sa sortie de l'hôpital, je l'examine de nouveau, et je constate des battements dans toute l'étendue de l'artère, mais pas de tumeur, et je me demande quel est ce mode de guérison et s'il met à l'abri de toute chance de récidive.

M. BROCA. Quand j'ai publié mon livre, il y avait déjà dans la science seize ou dix-sept autopsies d'individus guéris d'anévrysme par la compression. Dans ces cas, il se forme dans l'artère, en face de la poche anévrysmale, un caillot qui s'étend en haut et en bas jusqu'à la première collatérale. Ce caillot peut devenir fibrineux, dur et résistant, et alors l'artère reste définitivement oblitérée. D'autres fois, au contraire, le caillot, encore mou, est entraîné par l'effort circulatoire; et bien que cela ne nécessite pas la récidive de l'anévrysme, on peut assurer que chaque fois que celle-ci a eu lieu, c'est que l'artère était restée perméable. Du reste, la diffluence des caillots est d'autant plus grande que leur formation a été plus rapide. Voici un fait (1) qui le montre bien clairement, et qui prouve aussi qu'il ne faut pas se hâter de croire à la récidive.

M. Denucé ayant à traiter un anévrysme de la partie supérieure de l'humérale, et manquant d'un appareil convenable, applique tant bien que mal, et avant d'en venir à un moyen meilleur, les pelotes de mon compresseur; la compression est très-énergique. Au bout de deux heures et quart, le malade enlève l'appareil; les battements ont disparu. Mais au bout de peu de jours, ils sont de nouveau perceptibles. Le malade refuse tout traitement, et quitte l'hôpital. Au bout de deux mois, la tumeur est dure, et les battements ont diminué. Au bout de trois mois, la guérison se confirme, et tous les accidents ont disparu.

---

(1) *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1860, page 187.

M. VELPEAU. Ma question était un peu plus radicale. J'ai demandé si on avait constaté à l'autopsie une oblitération de l'artère autrement que par des caillots sanguins.

M. BROCA. Parfaitement. On a trouvé un bouchon fibrineux dur et solide, exactement semblable à celui que provoque la ligature lorsqu'elle est suivie de succès.

M. GIRALDÈS. M. Prescott-Hewett a déposé au musée de l'hôpital Saint-Georges des pièces d'anévrysmes guéris par la compression, et il a publié ces faits dans les *Med. chirurg. Transactions.* Je serai en mesure, dans la prochaine séance, de donner à la Société des indications plus exactes sur les faits relatés par notre collègue.

Mal perforant du pied. — Artérite chronique.

M. PÉAN montre les pièces pathologiques relatives à un mal perforant du pied, et donne les détails suivants :

Malade âgé de quarante ans, commissionnaire. Il portait son affection depuis huit ans, quand il a pris une pneumonie, dont il est mort à la Pitié il y a deux mois. Il y a cinq ans, il fit un assez long séjour dans le service de M. Nélaton, à l'hôpital des Cliniques. Il y a trois ans, il fut soigné par M. Robert à l'Hôtel-Dieu.

Le pied droit et le pied gauche étaient atteints, mais à droite l'affection présentait une gravité beaucoup plus grande. Les lamelles épidermiques constituaient un durillon épais de quelques millimètres, au-dessus de l'articulation métatarso-phalangienne du premier et du second orteil droit.

Ce durillon avait une teinte brunâtre ecchymotique par places. A son centre existait une perte de substance large d'un centimètre environ, montrant à nu le derme ulcéré et rouge vif. On constatait facilement avec le stylet un décollement circulaire des lamelles épidermiques et une petite cavité sous le durillon. Cette cavité se communiquait avec l'extérieur par un trajet fistuleux. Le stylet permit de sentir les tendons et les os à nu, l'articulation ouverte et les surfaces articulaires dépouillées de cartilage. En faisant mouvoir avec la main le gros orteil sur le métatarsien correspondant, on déterminait une crépitation évidente, et il était facile de produire des mouvements que la jointure n'eût pas permis dans un état d'intégrité parfaite.

Il s'écoulait de l'articulation un pus grisâtre et fétide peu abondant.

Au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du deuxième orteil, existait aussi un durillon suppuré. Les mouvements de cette jointure déterminaient également de la crépitation. Au pied gauche existaient des altérations du même genre, seulement à un degré bien

moins avancé. Le derme était ulcéré. Les os et les articulations n'étaient point malades.

Du reste, aux deux pieds épiderme épais, blanc mat, avec fissures profondes par places. Taches ecchymotiques d'un brun noirâtre. Sensibilité légèrement diminuée. Sueurs plantaires supprimées complétement. Peu de douleur.

Aussitôt que l'état du malade était un peu amélioré, il reprenait ses travaux.

Le repos au lit, les bains, les pansements méthodiques, modifiaient avantageusement l'état des parties malades. Jamais on ne put faire cicatriser l'ulcération située à l'articulation métatarso-phalangienne du premier orteil.

A l'autopsie, nous avons pu constater que les parties étaient exactement dans le même état : ulcération centrale en puits, entourée de lamelles épidermiques stratifiées, perforant le derme enflammé et granulé, faisant communiquer avec l'extérieur la première articulation métatarso-phalangienne.

Les têtes des os étaient enflammées, privées de cartilage ; le périoste décollé ; le tissu osseux, raréfié et friable, baignait dans le pus. Les désordres osseux étaient plus étendus qu'on n'aurait pu le penser pendant la vie.

C'est du côté des vaisseaux que nous avons trouvé le fait anatomique qui nous paraît constituer le point vraiment intéressant de l'observation.

Les artères du membre, d'un calibre ordinaire, étaient le siége d'une altération qui nous paraît avoir un rapport intime avec la maladie du pied.

Elles présentaient toutes les lésions de l'artérite chronique : épaississement considérable des tuniques, incrustations calcaires nombreuses disséminées dans leurs parois. Nous avons ouvert les artères plantaires, pédieuses et tibiales avec le plus grand soin : elles renfermaient des concrétions fibrineuses, mélaniques, qui obstruaient une partie de leur calibre.

Dans la pédieuse et dans la tibiale antérieure, ces caillots étaient moins volumineux et moins denses que dans les artères de la partie postérieure de la jambe.

Dans la tibiale postérieure les concrétions étaient intimement unies aux parois, surtout dans le tiers inférieur de la jambe ; elles n'occupaient point cependant tout le calibre du vaisseau, qui présentait à leur niveau une lanière excessivement étroite.

C'est dans les artères plantaires que l'oblitération paraissait la plus complète ; nous avons incisé avec le plus grand soin ces deux artères

jusqu'à la naissance des collatérales des doigts, et nous les avons trouvées obturées d'une manière presque absolue. Dans quelques points elles formaient un cylindre plein.

L'adhérence des caillots à la membrane interne était très-grande. La séreuse interne paraissait dépolie, privée de son épithélium. Parmi les branches de la plantaire externe quelques-unes étaient vides do caillots et à peu près à leur état normal; mais celles-là étaient en petit nombre.

Dans le tissu cellulaire intermusculaire, et même au milieu des muscles, nous avons constaté la présence d'ecchymoses nombreuses, de date assez récente et de dimension variable. Le sang épanché était noirâtre, et n'avait subi aucune transformation.

Il y en avait quelques-unes vers la partie la plus élevée du jambier antérieur et dans les muscles de la partie postérieure de la jambe. Elles étaient plus nombreuses et mieux accusées dans les muscles do la plante du pied.

Ces muscles, du reste, étaient assez rouges et ne paraissaient point anormalement infiltrés de graisse.

Ces oblitérations vasculaires sont certainement bien dignes d'intérêt. Peuvent-elles expliquer les lésions profondes et si tenaces du mal perforant dans le cas qui nous occupe?

Il y a à coup sûr un rapport difficile à mettre en doute entre la maladie du pied et l'oblitération des artères qui le nourrissent. Aurions-nous là, enfin, le secret de ces ulcérations multiples et profondes de la plante du pied, si difficiles à expliquer, et celui de ces récidives multiples, dont les ouvrages renferment quelques exemples?

On a eu bien peu l'occasion de faire des autopsies do ce genre. C'est cependant l'anatomie qui nous donnera l'explication de la tendance qu'a le mal perforant à se reproduire ou à se multiplier. Dernièrement encore, nous voyions à l'hôpital Saint-Antoine, dans les salles de M. le professeur Jarjavay, un malade qui en était atteint.

C'était la seconde fois qu'il venait réclamer, dans ce service, les secours de la chirurgie. Guéri une première fois, son mal n'avait pas tardé à se reproduire. Une seconde guérison sera-t-elle plus durable? L'avenir nous l'apprendra; mais si, ce que l'on peut craindre, les vaisseaux présentent la même altération que chez notre malade, le pronostic doit être bien réservé.

L'un des secrétaires annuels, TRÉLAT.

Séance du 4 mars 1863.

Présidence de M. Depaul.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Maisonneuve adresse à la Société le 1er volume de sa *Clinique chirurgicale*. (Remercîments à l'auteur).

— M. le doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg adresse à la Société la collection des thèses soutenues dans cette Faculté dans l'année 1862. (Remercîments à M. le doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg).

— MM. Robert et Collin envoient des instruments de bronze d'aluminium. (M. Morel-Lavallée est chargé d'en rendre compte.)

— M. Houel remet de la part de M. Delgado un travail sur un cas d'*exophthalmie consécutive à une tumeur intra-crânienne.* Ce travail est accompagné d'une pièce modelée. (MM. Houel, Dolbeau et Chassaignac voudront bien en rendre compte.)

— M. Verneuil présente de la part de M. L'Host, médecin à Monfort-l'Amaury, deux observations portant les titres suivants : *Sphacèle de la paroi vaginale, oblitération du vagin : opération, guérison. — Fistule vésico-vaginale : guérison spontanée.* (M. Verneuil rendra compte de ces faits.)

— M. GIRALDÈS demande la parole à propos du procès-verbal.

Le fait d'autopsie d'un individu guéri d'un anévrysme par la compression, cité dans la dernière séance par M. Giraldès, est publié dans le 34e volume des *Med. Chirurg. Transactions*. M. Giraldès a vu les pièces déposées à University-College Hospital, et d'autres placées dans le musée de l'hôpital Saint-Georges, par M. Prescott-Hewett. La guérison ne remontait qu'à un an ou deux, et dans les deux cas les artères étaient perméables et les sacs seuls étaient remplis de caillots.

RAPPORT.

M. DOLBEAU fait un rapport verbal sur un appareil amovo-inamovible, au sujet duquel M. Hamon (de Fresnay-sur-Sarthe) a envoyé un travail à la Société. M. Hamon propose de remplacer la dextrine, la colle de pâte, le plâtre, par la colle-forte, qu'on trouve facilement

partout et qui donne des appareils très-solides et secs au bout d'une heure et demie environ. Pour transformer son appareil solide en un appareil amovo-inamovible, M. Hamon le coupe en deux valves qu'il réunit en faisant courir un lacet dans des œillets percés au bord de chacune des valves.

M. le rapporteur regrette de ne pas trouver dans le mémoire de M. Hamon de détails sur la durée et la solidité de l'appareil. On sait, en effet, quo les appareils dextrinés et plâtrés s'altèrent en général au bout de trois semaines ou un mois, ce qui force à les renouveler suivant les cas.

En somme, M. le rapporteur ne croit pas que le travail de M. Hamon indique un progrès important sur la pratique générale.

M. MOREL-LAVALLÉE. Avant 1840, j'avais déjà essayé les appareils solidifiés avec la colle-forte, mais je dus y renoncer à cause de la mauvaise odeur de cette substance, et parce qu'elle ne me semblait présenter aucun avantage sur la dextrine.

J'ai employé, en 1840, à l'hôpital de la Pitié, sous les yeux et avec l'autorisation de Sanson, les appareils inamovibles avec la colle-forte, et j'ai consigné ces essais dans ma thèse inaugurale en 1842.

La colle-forte a surtout l'avantage de sécher plus vite que les autres substances solidifiables. Je ne sais trop pourquoi jo n'ai pas continué à l'employer, peut-être à cause de son odeur peu agréable, et peut-être aussi parce que j'avais plus l'habitude de la dextrine. Je me propose de reprendre mes essais avec la colle-forte ; mais il y a quelque chose de bien autrement important ici que le choix de la substance, c'est l'articulation du bandago au niveau des articulations du squelette.

M. LARREY. Le rapport de M. Dolbeau est bien suffisant pour juger le travail de M. Hamon. Tous les praticiens des villes et des campagnes ont eu occasion de varier de mille manières les modes divers de l'inamovibilité. Quelle que soit la substance employée pour déterminer la solidification, la méthode reste la même, et on n'a plus qu'à compter le plus ou moins de commodité de telle ou telle de ces substances ; or il ne paraît pas que la colle-forte présente même ce minime avantage de commodité ; il n'y a donc pas lieu d'insister.

M. GIRALDÈS. M. le rapporteur a dit que les appareils plâtrés s'altèrent facilement ; cela est vrai en général, mais on peut empêcher cette destruction trop rapide. On peut, suivant le procédé de Langenbeck, couvrir l'appareil d'un épais vernis de gomme-laque à l'alcool, ou bien encore silicatiser le plâtre à l'aide de ces silicates solubles qui lui donnent une dureté de pierre. J'ai employé le procédé de Lan-

genbeck, et j'ai pu faire baigner nombre de fois des malades portant des appareils plâtrés ainsi préservés.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur des glandes sudoripares.

M. VERNEUIL. J'ai l'honneur de présenter à la Société une pièce pathologique qui m'a été remise par notre collègue M. Guérin.

Il s'agit d'une tumeur de la cuisse qui se présentait sous la forme d'une sorte de plaque dure, saillante, faisant corps avec la peau, et assez semblable aux plaques de kéloïde, se confondant par sa partie profonde avec le tissu cellulaire sous-cutané. On trouvait dans cette tumeur des tubes sudoripares avec une altération profonde de leur épithélium.

Cette pièce offre un grand intérêt, car les tumeurs des glandes sudoripares sont encore peu connues et leur pronostic doit être réservé.

M. GUÉRIN. J'ajouterai aux détails que vient de donner M. Verneuil qu'après l'ablation de la tumeur l'aponévrose est restée très-nette. Cette tumeur était survenue spontanément et avait mis deux ou trois ans à se développer.

Hernie congénitale étranglée.

M. CHASSAIGNAC. Je désire communiquer à la Société un fait que je viens d'observer à l'hôpital Lariboisière, et qui me paraît offrir un véritable intérêt.

Un jeune homme de vingt-deux ans arrive avec une hernie congénitale étranglée; les tentatives de réduction échouent.

Le lendemain, la tumeur est dure, douloureuse, les accidents continuent; j'opère, et j'ouvre le sac péritonéo-vaginal, qui ne contenait que de l'intestin et une très-grande quantité de sérosité. Je débride l'anneau inguinal externe, la réduction ne se fait pas. En portant le doigt profondément au delà de l'anneau interne, je trouve que l'intestin est serré comme par une bride; j'accroche le bord de cette bride, et, n'osant y porter l'instrument tranchant, je dilate; la réduction est obtenue. Néanmoins les accidents continuèrent, et le malade mourut. A l'autopsie, on trouva que l'intestin était rentré dans l'anneau profond.

Je demande quelle devrait être la conduite du chirurgien en pareil cas ?

M. MOREL-LAVALLÉE. Je ferai remarquer dans le fait de M. Chassaignac une particularité qui me paraît digne d'attention, c'est l'a-

bondance du liquide contenu dans le sac herniaire ; ceci me semble la règle dans les hernies congénitales , et , pour ma part , dans les deux cas que j'ai eu l'occasion d'opérer , j'ai été frappé de la grande quantité de liquide contenue dans le sac. Peut-être devrait-on faire entrer cette disposition comme élément dans le diagnostic.

M. TRÉLAT. J'ai eu une seule fois l'occasion d'opérer une hernie congénitale , et j'ai remarqué la disposition que signale M. Chassaignac. Mais il faut bien se rappeler que les hernies congénitales ont un sac différent de celui des autres hernies ; ce sac est formé par la tunique vaginale elle-même , il parcourt tout le trajet inguinal. Dans ce cas, l'étranglement est toujours situé très-haut , au niveau de l'orifice interne ; mais il est peu serré. Chez mon malade , la hernie était volumineuse et contenait beaucoup de liquide. J'avoue que je n'ai pas éprouvé les craintes de M. Chassaignac pour le débridement, que j'ai fait avec un bistouri à lame très-étroite. J'ai perdu mon opéré , et je dois ajouter que je crois que les revers sont très-fréquents dans les hernies congénitales étranglées , et cela peut s'expliquer par la longueur de l'intestin ordinairement contenu dans ces hernies.

M. RICHET. J'ai opéré un certain nombre de hernies congénitales , et j'ai quelquefois trouvé un étranglement très-serré. Je me rappelle, entre autres, un malade chez lequel je rencontrai 18 pouces d'intestin gangrené, et le cordon avait été tellement serré que le testicule tomba en gangrène. Il en résulta un anus contre nature, pour lequel je fus obligé d'appliquer trois fois l'entérotome. Le malade guérit. Dans ces hernies, l'étranglement a lieu par les anneaux, et toujours très-haut.

M. MOREL-LAVALLÉE. Dans les deux hernies que j'ai opérées , j'ai aussi trouvé l'étranglement très-haut ; mais le débridement m'a paru sans danger. Quant à la gravité , je ne crois pas que l'on doive faire entrer en ligne de compte la longueur de l'anse intestinale ; toujours est-il que je n'ai perdu que l'un de mes opérés.

M. CHASSAIGNAC. Il m'est souvent arrivé d'être obligé de débrider l'anneau inguinal interne ; mais si j'ai cru intéressant de faire ma communication à la Société , c'est que dans le cas dont il s'agit l'étranglement siégeait à une profondeur tout à fait insolite, et à une grande distance du siége habituel de l'anneau interne. Je pense aussi que les hernies congénitales sont plus graves que les autres ; toutefois j'en ai guéri. La gravité de ces hernies me semble dépendre , d'une part, de ce que les éléments du cordon sont dissociés , étalés au-devant de la hernie, de sorte qu'on est exposé à les blesser , et ,

d'autre part, de ce que ces hernies sont habituellement purement intestinales. Le double étranglement qui existe aux deux anneaux explique la grande accumulation et l'incarcération de sérosité dans le trajet inguinal et l'allongement considérable de ce canal. Cet allongement avait reporté si profondément l'anneau interne, que méconnaissant, à cause de sa grande profondeur, l'étranglement par l'anneau interne, je crus à un étranglement intra-péritonéal.

M. CLOQUET. Parmi les nombreuses hernies inguinales que j'ai opérées, j'en ai rencontré sept ou huit congénitales. Presque toutes contenaient beaucoup de sérosité; dans un cas, il y avait de l'épiploon et de l'intestin : jamais je n'ai trouvé les éléments du cordon au-devant du sac. Dans ces hernies, l'étranglement est en effet situé à la partie supérieure du canal; mais le débridement n'est pas difficile, il n'y a là aucun vaisseau que l'on puisse blesser. En tous cas, on aurait la plus parfaite sécurité en se servant du bistouri à lime de J. L. Petit.

M. TRELAT. Il y a là une importante question de pratique, celle de savoir si dans les hernies congénitales le siége de l'étranglement est situé très-haut; car s'il en est ainsi, on sera prévenu, et l'on saura comment il faut opérer. Je pense que la longueur de l'intestin contenu dans la hernie est une cause de gravité, car il s'agit d'un étranglement inflammatoire, et il existe toujours un certain degré de péritonite herniaire, ainsi que le montre la grande quantité de sérosité.

M. RICHET. Je n'ai jamais trouvé les éléments du cordon à la partie antérieure du sac dans les hernies congénitales, et je considère le cas dont a parlé M. Chassaignac comme une anomalie. Je ne crois pas non plus que l'anneau qui étrangle puisse serrer dans un point plus que dans l'autre, et si l'on trouve un point de l'intestin plus malade, c'est toujours sur le bout supérieur, qui, distendu par les matières, s'infléchit dans le bassin et presse sur l'anneau constricteur.

M. CLOQUET. Tout en adoptant l'explication que vient de donner M. Richet, je dois ajouter qu'il peut arriver que l'anneau agisse plus énergiquement en certains points, parce qu'il n'a pas partout la même épaisseur.

M. CHASSAIGNAC. En citant deux cas de hernie congénitale où le cordon était étalé au-devant du sac, je n'ai pas prétendu dire que cela était la règle. J'ajouterai que la manière dont M. Richet explique l'altération plus grande de l'intestin en certains points est très-

pratique. Cependant souvent l'anneau qui étrangle représente une sorte de bague chevalière, et les parties de l'intestin qui répondent aux parties minces de l'anneau sont plus altérées, se coupent plus promptement. J'ai, du reste, préparé sur ce sujet un travail que je m'engage à lire dans la prochaine séance.

— M. CLOQUET présente au nom de M. Galante des sondes en caoutchouc vulcanisé ; ces sondes sont souples, élastiques, et ne peuvent se casser. (M. Foucher est chargé d'expérimenter ces sondes.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 11 mars 1863.

Présidence de M. DEPAUL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Lettres de MM. Broca et Depaul, qui, étant juges du concours pour l'agrégation, demandent un congé pendant la durée de ce concours.

— M. le docteur Michon, ancien interne des hôpitaux de Paris, envoie une observation de luxation scapulo-humérale remontant à vingt-cinq jours; réduction par manipulation. (M. Richet en rendra compte.)

— M. Michaux (de Louvain) adresse un mémoire intitulé *Nouvelles considérations sur les polypes naso-pharyngiens*. (Remercîments à l'auteur.)

— M. Charles Morion adresse les travaux suivants :

Opération de hernie crurale étranglée; — Tumeurs du genou; — Leçons sur le diagnostic différentiel. (Remercîments à l'auteur.)

— M. W. Boeck, professeur à la Faculté de médecine de Christiania, adresse ses *Recherches sur la syphilis*. (Remercîments à l'auteur.)

— M. CHASSAIGNAC commence la lecture d'un mémoire sur l'étranglement herniaire.

— M. DESPRÉS montre une malade guérie d'un kyste de l'ovaire par la canule à demeure, et lit l'observation de cette malade. (Renvoi à une commission composée de MM. Morel-Lavallée, Huguier, Boinet.)

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 18 mars 1863.

Présidence de M. Richet, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Prestat, membre correspondant national, assiste à la séance.

— MM. Richard et Legouest, empêchés, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

— M. Larrey, retenu par le concours de l'agrégation dont il est juge, sollicite un congé pour toute la durée du concours.

— M. Jonathan Hutchinson, nommé membre correspondant étranger, adresse à la Société une lettre de remerciments.

— M. Nivert a envoyé un deuxième exemplaire do sa thèso, qui sera admise au concours du prix Duval.

— M. Lüer adresse des instruments do bronze d'aluminium quo lui avait adressés, dès le 10 février, M. Leiter (de Vienne), ainsi que lo constate le timbre de la lettre de M. Leiter. (M. Morel-Lavallée est chargé d'examiner ces instruments.)

Polypes naso-pharyngiens.

M. Verneuil lit un travail sur les polypes naso-pharyngiens.

L'observation que j'ai l'honneur de présenter à la Société commence en 1857 et finit à la date du 16 février 1863. Sa publication n'est donc point prématurée. Ello se compose de trois parties distinctes :

La première fut communiquée à l'Académie do médecine le 1er décembre 1857 par M. François, sous le titre suivant : *Résection du maxillaire supérieur pratiquée pour extirper un polype fibreux de la base du crâne.* L'opération datait alors de deux mois, et la guérison semblait complète.

A la suite de la discussion mémorable qui eut lieu au sein de la Société au printemps de 1860, MM. Dubois et François nous adressèrent le complément de l'observation et le récit des nombreuses péripéties de ce cas intéressant. Cette fois encore la guérison était annoncée comme probable. Le manuscrit me fut renvoyé, et j'avais jugé prudent d'en ajourner encore la publication.

Tout récemment je croyais devoir faire un appel aux chirurgiens qui avaient opéré des polypes naso-pharyngiens, et provoquer de leur part des renseignements sur les suites do leurs opérations. M. Fleury,

de Clermont, répondit, et confirma le succès qu'il avait annoncé en 1860. Peu de jours après, je recevais pour vous être transmis un dernier bulletin concernant le malade de MM. François et Dubois, d'Abbeville. La guérison radicale cette fois était bien constatée.

Pour ne pas scinder une relation aussi importante, j'ai cru devoir en réunir les divers tronçons, et reconstituer à leur aide l'observation suivante, qui figurera dignement dans nos *Bulletins,* déjà si riches sur cette matière.

Première partie, décembre 1857. — R..., seize ans, bonne constitution, bonne santé antérieure (1), éprouvait depuis trois ans de la gène à respirer par la narine gauche, à l'orifice de laquelle on aperçut, il y a dix-huit mois, une tumeur peu volumineuse, indolente, de couleur blanc rosé, saignant au moindre contact. Une opération proposée est refusée ; le malade revient en mai 1857, inquiété par des épistaxis assez abondantes pour amener des syncopes. La tumeur a augmenté ; la voûte palatine est déprimée. Cependant le doigt, porté derrière le voile du palais, n'atteint pas le polype. On diagnostique un polype fibreux, inséré sur la paroi interne du sinus maxillaire.

Ligature avec le serre-nœud de Charrière ; on constate, à la chute de la partie étranglée, qu'on n'a étreint qu'un prolongement de la tumeur.

Du 1er mai au 24 septembre, épistaxis abondantes et répétées. Le volume du polype est beaucoup plus considérable, il fait saillie hors de la narine ; joue gauche soulevée de plus en plus ; la paroi externe du sinus maxillaire est saine et résistante ; pas d'exophthalmie ; vision intacte ; cloison nasale fortement déviée à droite ; voûte palatine et voile du palais bombés du côté gauche.

Le doigt reconnaît dans l'arrière-gorge deux prolongements libres, sans adhérences, mais ne peut atteindre le point d'insertion. L'obstruction complète de la cavité nasale gauche empêche toute exploration de ce côté. L'examen provoque une hémorrhagie abondante.

Consultation, diagnostic d'un polype du sinus maxillaire. L'urgence de l'opération est reconnue. On se décide pour la résection du maxillaire supérieur, espérant ainsi enlever complétement la tumeur.

Opération le 28 septembre ; incision courbe partant de la face temporale gauche, pour aboutir à la commissure labiale ; lambeau relevé

---

(1) J'extrais ces premiers détails du *Moniteur des Hôpitaux*, 1857, p. 2197, ce journal ayant reproduit à cette époque l'observation communiquée à l'Académie par M. François.

J'abrége seulement un peu le texte original.

et disséqué jusqu'au rebord orbitaire large ; dénudation du maxillaire. Section de l'os malaire avec la scie à chaîne, de l'apophyse montante avec la gouge et le maillet; de la voûte palatine avec la pince de Liston ; l'impossibilité absolue de passer le moindre instrument entre la tumeur et le plancher des fosses nasales, force le chirurgien à diviser cette voûte du côté opposé au polype, c'est-à-dire à droite de la cloison.

Le voile du palais est incisé dans toute sa longueur, et l'os est extrait.

On reconnaît alors qu'il n'adhère nullement à la tumeur, qui est fixée à la partie supérieure des fosses nasales, d'un côté, à l'apophyse ptérygoïde correspondante, enfin à l'apophyse basilaire.

Pour éviter l'hémorrhagie et ne point appliquer le cautère actuel à la base du crâne, convaincu d'ailleurs que la production morbide n'est pas maligne, M. François procède par arrachement.

Les doigts sont glissés derrière le premier point d'attache. La tumeur cède, et on termine son ablation par l'insertion la plus large, qui siége à l'apophyse ptérygoïde.

Dans ce dernier temps, la maxillaire interne, déchirée, fournit une hémorrhagie considérable, promptement et facilement arrêtée par la ligature.

La tumeur était de nature fibreuse, c'est pourquoi on jugea inutile de passer le fer rouge dans le fond de la plaie : on réunit la plaie extérieure avec six points de suture. Le malade avale facilement quelques cuillerées de vin qu'on lui verse dans l'arrière-gorge.

Le soir, bon état, pas de fièvre.

Le lendemain, sensibilité vers l'œil, pouls à 108, peau chaude, céphalalgie. — Bouillon, eau rougie, injections émollientes.

Même état le 30, le pouls monte à 128.

Le 1er octobre, la suppuration s'établit, la déglutition est facile, et les suites, à partir de ce moment, deviennent très-simples.

Le 5, ablation des sutures ; la réunion manque à la partie supérieure de la plaie; voix plus nette. — Régime tonique, ferrugineux.

Le 9, le malade demande à manger. Bruit de souffle au premier temps, suture sèche dans les points où la réunion a manqué.

Le 13, la plaie est affrontée partout.

Quelques jours plus tard, on constate sur le trajet de la plaie, au niveau de la première molaire, un écoulement continu, visqueux, incolore, qu'augmentent les mouvements de mastication et l'introduction dans la bouche des corps sapides. Cinq ou six cautérisations le font cesser.

Le 1er décembre, la guérison est complète.

Description de la tumeur. — Coloration rosée, consistance dure, uniforme, aucun point ramolli ni dégénéré ; elle semble formée de tissu fibreux ; sa forme est celle d'une pyramide triangulaire à sommet dirigé en avant, à base postérieure ; la face interne, à peu près plane, est contiguë à la cloison ; la face inférieure, qui déprimait la voûte palatine, est légèrement convexe. La face externe présente une série de saillies mamelonnées et d'anfractuosités impossibles à décrire. Voici les dimensions :

Diamètre antéro-postérieur		5 centim.	1/2.	
—	vertical	5	—	6 mil.
—	transversal dans sa plus grande étendue	5	—	

Le maxillaire enlevé ne présente aucune déformation à l'extérieur, le sinus est presque complétement effacé, sa paroi interne a totalement disparu ; il semble que l'os refoulé de dedans en dehors se soit aplati dans ce sens.

M. François fait suivre sa communication de remarques que j'analyse brièvement. Il avoue son erreur de diagnostic et montre qu'elle était facile. L'insertion du polype avait lieu à la voûte du pharynx et des fosses nasales, aux apophyses basilaire et ptérygoïde. La tumeur s'est d'abord rapidement développée en avant jusqu'à l'orifice antérieur de la narine gauche, en remplissant toute la fosse nasale ; ce n'est que plus tard qu'elle a déprimé le voile du palais et que le doigt a pu la toucher dans l'arrière-gorge, sans atteindre toutefois les points d'attache.

La tumeur a cédé aux efforts de traction, qui ont suffi pour l'amener au dehors. Ce procédé était le meilleur, car la section avec le bistouri, outre qu'elle n'est pas sans danger, aurait exposé à une grande perte de sang. Le malade épuisé déjà par les hémorrhagies antérieures, il n'eût pas été sans péril d'appliquer le cautère actuel à la base du crâne.

Malgré la division du voile du palais, la déglutition fut toujours facile. Immédiatement après l'opération, le malade put avaler quelques cuillerées de vin, et au bout de quelques jours il mangeait des potages.

Deuxième partie. — 14 mai 1860. Quatre mois après que l'opéré eut quitté Abbeville, c'est-à-dire cinq mois après l'opération, on s'aperçut que de nouvelles tumeurs occupaient l'arrière-bouche ; elles augmentèrent de volume sans fournir d'hémorrhagies spontanées, mais saignant au moindre attouchement. M. François me faisait constater le 2 août 1858 une récidive sur place des plus manifestes.

Chaque point d'insertion servait d'origine à la reproduction du mal (1). Ainsi, du corps même du sphénoïde, de l'apophyse basilaire se détachait un appendice piriforme du volume d'une noix, à large base, de même aspect que le premier polype enlevé, à limites nettement circonscrites à l'origine, mais confondu plus ou moins intimement à l'extrémité libre avec deux autres produits pathologiques partant de l'apophyse ptérygoïde gauche. De ce côté, le lieu d'implantation est bien accusé ; mais il est difficile d'en déterminer exactement les contours, qui se perdent dans les muscles ptérygoïdiens. L'accroissement était rapide ; il fut convenu qu'on interviendrait de nouveau.

A cet effet, le 6 août 1858, M. François entreprit une seconde extirpation ; je lui servais encore d'aide, nous étions en outre assistés de MM. les docteurs Dubois père, Dumont et Vion. Le malade assis sur une chaise, l'opérateur fendit la joue gauche sur le trajet de l'ancienne cicatrice, c'est-à-dire suivant une ligne courbe étendue depuis le milieu de la fosse temporale jusqu'à la commissure labiale gauche. Cette incision avait pour but d'ouvrir une large voie pour pénétrer jusqu'aux polypes et de permettre d'opérer à ciel ouvert. Alors on se met en devoir d'attaquer la tumeur principale ; quelques coups de bistouri la détachent rapidement, mais une hémorrhagie foudroyante survient. Pour la réprimer, M. François n'hésite pas à employer le cautère actuel ; il éteint successivement douze cautères rougis à blanc, cherchant en même temps à détruire ce qui reste des productions morbides. Quelques points de suture entortillée suffirent pour réunir la plaie de la joue. Pas d'accidents consécutifs ; aucune manifestation du côté des fonctions cérébrales. Le jeune R... guérit encore. Mais, soit que la cautérisation ait été insuffisante, soit qu'il y

(1) Dans une note, M. Dubois insiste beaucoup sur l'existence d'une double insertion de la masse polypeuse. Lors de la première opération, dit-il, on arracha successivement les deux portions du polype, et je pus m'assurer que l'extirpation était complète sur les deux surfaces d'implantation. Il ajoute : « J'insiste sur ce point, qui, dans l'espèce, a une importance que la suite de l'observation démontrera. Les polypes naso-pharyngiens s'insèrent le plus souvent sur le corps même du sphénoïde et gagnent, par voie d'extension, l'apophyse basilaire, la voûte des fosses nasales et les apophyses ptérygoïdes ; mais ici les implantations sont bien distinctes, comme le prouve le moule en plâtre coulé sur le polype aussitôt après l'arrachement. On constate, en effet, entre les deux surfaces d'adhérences rugueuses et déchirées une gouttière lisse qui les sépare nettement ; il semble que le polype ait procédé à la fois et séparément du corps du sphénoïde et de l'apophyse ptérygoïde, pour se diriger de là dans la fosse nasale qu'il obstruait complètement. »

ait eu repullulation du polype, il devint évident au bout de quelques semaines que l'on était débordé. C'est alors que M. François, enhardi par l'emploi de caustiques énergiques portés à diverses reprises au fond du pharynx, se décida à employer le caustique Filhos. Depuis les derniers mois de l'année 1858 jusqu'à la fin du premier trimestre 1860, vingt-huit à trente cautérisations furent pratiquées à l'aide de ce moyen ; elles furent bien supportées. Les premières, n'agissant que sur l'affection morbide même, ne s'accompagnaient d'aucune douleur, mais quand par l'application répétée de ce moyen de destruction on fut arrivé aux racines du polype, les douleurs s'accusèrent de plus en plus vives. Une seule fois l'application du caustique détermina une hémorrhagie assez sérieuse pour réclamer l'emploi du perchlorure de fer. Pendant tout ce temps, le jeune R... a vécu de sa vie habituelle, livré aux travaux des champs ; sa santé ne s'est en aucune façon altérée ; le développement général du corps a suivi une marche régulière.

Nous l'avons revu et examiné le lundi 7 mai dernier. La face est symétrique, les yeux sur la même ligne horizontale, et, n'était la cicatrice de la joue gauche, il serait difficile de croire à l'extirpation du maxillaire supérieur. L'inspection de la bouche nous montre la moitié gauche du voile du palais non réunie et hypertrophiée (lors de la première opération le voile du palais avait été divisé en travers, et aucune tentative de réunion n'avait été faite) ; on n'y rencontre pas de noyau dur, d'engorgement circonscrit ; au-dessus et en avant un tissu de cicatrice avec les caractères du tissu inodulaire ; la couche de ce tissu est épaisse et comble en partie le vide produit par l'absence du maxillaire ; au milieu, à la voûte des fosses nasales, une surface bourgeonnante, d'un centimètre et demi de largeur, étendue depuis le corps du sphénoïde jusqu'aux os propres du nez. Les bourgeons charnus paraissent de bonne nature. L'œil, pas plus que le toucher, ne découvre trace de récidive. Le malade avale bien ; la parole est à peine nasonnée. Pour plus de sûreté, M. François se propose d'appliquer encore deux ou trois fois le caustique de Vienne.

Notre opéré est-il guéri ? Nous pourrions le croire si nous n'avions par devers nous le souvenir de la récidive rapide qui eut lieu. Aussi ne saurait-on trop insister, je crois, sur l'emploi du caustique, qui a rendu dans notre fait des services incontestables. Je ne puis me dissimuler que ce n'est pas la manière de voir de plusieurs des membres de la Société de chirurgie. Mais si notre observation n'est pas conforme de ce côté aux idées de la Société, elle ne l'est pas non plus aux conclusions du rapport de M. Verneuil. Ouvrir une large voie aux instruments, aux modes de destruction, lui semble un moyen

propre à éviter la récidive; c'est ainsi que cela s'est pratiqué sur notre sujet, et néanmoins la maladie s'est reproduite quelques mois après; elle s'est reproduite aux points même d'insertion. Nous avons cru être certain de l'extirpation complète; j'ai dit plus haut pourquoi le fer rouge n'a pas été appliqué; en pareille occurrence, instruit par ce fait, je n'hésiterais pas à le faire.

MM. Jarjavay, Follin et Michaux ont rappelé à la Société que, pour avoir voulu faire une opération en plusieurs actes, ils ont vu disparaître leurs malades. Nous avons failli avoir le même résultat : notre patient, qui avait supporté la première opération d'une façon héroïque, s'était la seconde fois dérobé pour un moment à nos tentatives, et nous avons littéralement été forcé de le poursuivre le fer rouge à la main. Cet incident ne plaide-t-il pas assez en faveur d'un procédé qui en finirait en une seule séance et pour jamais avec la tumeur pharyngienne? De tous ceux exposés jusqu'ici, c'est encore la résection complète du maxillaire supérieur suivie d'une cautérisation énergique que je préférerais. L'opération proposée par M. Nélaton, celle de M. Zampolla, eussent d'ailleurs été insuffisantes si l'on se rappelle le volume du premier polype et sa double insertion. Du reste, la voie large ouverte par la résection a été d'un avantage immense pour l'application réitérée du caustique; il n'est pas sans importance de voir l'endroit exact où l'on porte le moyen de destruction.

Lors de la résection du maxillaire supérieur, M. François s'est contenté de passer la scie à chaîne à travers la fente sphéno-maxillaire pour sectionner directement en avant l'os jugal. Il a tout lieu aujourd'hui de s'applaudir de cette manière de faire. La pommette est bien soutenue; l'œil est en place, et l'on sait quelle difformité constitue le défaut de régularité des deux yeux.

Dans un autre cas de polype inséré à la voûte du pharynx, M. François a pu par l'incision simple du voile du palais arriver jusqu'au pédicule du polype, l'arracher à l'aide d'une forte pince à polype; il n'y eut d'autre accident qu'une épistaxis consécutive qui réclama le tamponnement. Dans ce cas, le polype, reposant sur le voile du palais, était facilement accessible au doigt, qui pouvait aisément arriver jusqu'au pédicule. Cette petite opération a été pratiquée en octobre 1858, et depuis ce temps la guérison s'est maintenue.

J'ai vu et étudié ces deux faits, mais je n'en réclame en aucune façon la propriété; ils appartiennent tous deux à M. François, dont je ne suis que l'interprète auprès de la Société de chirurgie.

Troisième partie. — 16 février 1863. Le malade a été examiné avec soin le 12 février, en présence de MM. Vengnié, Dubois père, Vion et B.élen. Sans la cicatrice qui de la tempe gagne la commissure la-

biale gauche, on serait loin de soupçonner une mutilation semblable à celle que R... a subie. Les deux yeux sont exactement sur la même ligne horizontale ; la joue gauche est bien soutenue, grâce à la conservation de l'os jugal ; la bouche se ferme bien, la commissure du côté opéré n'est nullement déviée. En faisant ouvrir la bouche, on est surpris de retrouver une voûte palatine complète, non pas surbaissée comme dans l'état normal, mais ogivale, très-régulière, sans la moindre bosselure ni la moindre difformité. Le voile du palais, qui avait été divisé de haut en bas, est bien réuni ; mais la luette n'est plus médiane, elle est tout entière à gauche ; son tissu fibreux, recouvert d'une muqueuse nouvelle, a comblé le vide énorme déterminé par l'ablation du maxillaire supérieur. On ne retrouve d'autre trace de l'opération qu'une ouverture située derrière les incisives, ouverture exactement ronde, admettant à peine l'extrémité du petit doigt et faisant communiquer les cavités buccale et nasale : d'où la voix nasonnée et le rejet accidentel des liquides ingérés. L'obturateur le plus simple suffirait à pallier cet inconvénient. Le jeune homme, qui compte aujourd'hui vingt-deux ans accomplis, est grand, bien bâti et des plus robustes.

N'est-ce point là une guérison bien radicale ? Au début, l'ablation du maxillaire nous semblait devoir prévenir la récidive ; c'était une erreur, puisque deux repullulations ont exigé des moyens énergiques et variés. Néanmoins nous nous applaudissons d'avoir sacrifié un os sain, et ouvert une voie permanente qui a permis l'application facile, régulière et réitérée du caustique.

Aussi, concluant comme M. Verneuil, nous dirons : Lorsqu'un polype fibreux naso-pharyngien a acquis un volume notable, il faut d'emblée se frayer la route jusqu'à lui en enlevant le maxillaire correspondant. J. Dubois.

M. Verneuil ajoute les réflexions suivantes :

Nous avons vu que dans la crainte de provoquer une hémorrhagie dangereuse M. François s'était contenté la première fois d'arracher le polype, puis, qu'à cause du voisinage du crâne, il n'avait pas voulu appliquer le cautère actuel sur les surfaces d'implantation.

Une prompte récidive démontra bientôt les inconvénients de cette réserve ; c'est pourquoi MM. François et Dubois seraient décidés dans l'avenir à agir plus énergiquement, et à appliquer à la base du crâne le cautère actuel appliqué, dont les dangers d'ailleurs ont été éloignés. Il est d'ailleurs à regretter que pour prévenir la perte de sang et pour détruire radicalement le polype, les chirurgiens ne mettent pas plus souvent à profit deux des plus belles conquêtes de la méde-

cine opératoire moderne, savoir : l'écrasement linéaire pour enlever la tumeur et ses prolongements, puis le galvano-cautère pour détruire sans retour les dernières traces du mal. Je n'ai pas besoin de dire combien ce dernier procédé l'emporte sur le fer rouge, dont l'application est toujours difficile dans des régions aussi profondes et aussi peu accessibles.

L'observation de M. Fleury (de Clermont) que je vous ai récemment transmise, et le fait si intéressant qui précède, confirment d'une manière éclatante les opinions qu'en 1860 et depuis j'ai toujours cherché à faire prévaloir. Voici deux nouvelles guérisons radicales entourées de toute l'authenticité désirable, et qui, grâce au travail prothétique de la nature, n'ont été achetées qu'au prix de difformités minimes et faciles à pallier : une cicatrice extérieure, la perte de quelques dents, une étroite perforation, et c'est tout.

Dans ces deux observations, le traitement a été assez long et n'a pu être complété qu'à la faveur de la voie spacieuse et directe laissée longtemps ouverte par la perte du maxillaire. Si on avait mis en usage ces procédés, ingénieux sans doute, mais trop incertains, que je traite de parcimonieux et qui consistent à faire d'étroites résections ou à replacer les os écartés, on n'aurait certainement pas réussi ; nouvelle démonstration de la nécessité des procédés radicaux.

Du reste, messieurs, permettez-moi d'emprunter un paragraphe au travail important que vient de publier notre éminent collègue M. Michaux, avec lequel je me trouve depuis bien longtemps en complète communion d'idées : « Pour apprécier la valeur relative et l'application spéciale de chaque méthode et de chaque procédé, il faudrait rassembler tous les cas qui ont été opérés par les procédés à voies préliminaires ; il faudrait connaître le résultat définitif de chaque opération, un, deux ou trois ans plus tard. Dans cette appréciation, on devrait tenir compte du volume, des insertions, des embranchements, enfin de tous les caractères du polype. »

M. Michaux déclare que ces éléments lui manquent ; il espère que je serai plus heureux et que je pourrai me les procurer en faisant appel à tous les chirurgiens, et que ceux-ci me diront franchement l'état dans lequel se trouvent leurs opérés.

Je puis répondre de ma bonne volonté, mais je ne puis savoir de quel succès elle sera couronnée. Vous m'êtes témoins des efforts constants que j'ai faits dans cette direction, et j'affirme que je les continuerai. C'est à mes confrères qu'incombe maintenant le soin de me fournir les matériaux d'une enquête que, par convenance, je ne puis faire sans leur assentiment, mais qui devient de jour en jour plus urgente.

Dans sa lettre d'envoi, M. Michaux me priait, en remettant son mémoire à la Société, d'en faire connaître les points principaux. J'accède volontiers à ce désir.

Depuis la publication, déjà ancienne, de ses deux premières observations, M. Michaux a traité quatre nouveaux cas de polypes volumineux. Chez ces six malades, le maxillaire supérieur a été enlevé en entier (plus l'os malaire chez l'un d'eux).

Évidemment, dit-il (page 97), c'est la voie tracée qui a le plus contribué au succès. Cependant la manière dont j'ai exécuté les opérations fondamentales, l'arrachement, l'excision, la rugination, la cautérisation, et les soins consécutifs, n'ont pas été étrangers à un résultat favorable. A ce point que je me demande si les chirurgiens qui ont suivi d'autres procédés pourraient en montrer un semblable, c'est-à-dire six cas traités par un même procédé et six guérisons.

Il est donc certain que devant des chiffres semblables, il faut accorder que la résection du maxillaire, comme moyen de guérir les polypes naso-pharyngiens, a fait complétement ses preuves. C'est maintenant aux adversaires de cette ressource héroïque à montrer s'ils peuvent faire mieux, ou seulement aussi bien. Jusqu'à cette démonstration, qui tarde beaucoup à se produire, je ne crois pas devoir modifier mes conclusions anciennes, et je continue à recommander vivement aux praticiens cette opération, aussi innocente qu'efficace.

M. HUGUIER. Je désire seulement demander quelques explications à M. Verneuil sur le manuel opératoire employé chez le malade de sa première observation. Il est dit que l'artère maxillaire interne a été blessée, et qu'on a dû la lier ; je voudrais savoir comment cette artère a été liée. On dit encore que l'os maxillaire supérieur a été enlevé au moyen de l'incision longitudinale du voile du palais. Je ne comprends pas qu'une seule incision puisse ainsi suffire.

M. VERNEUIL. L'intérêt de l'observation dont parle M. Huguier étant surtout dans l'existence du polype, j'ai cru pouvoir me borner à analyser les autres détails. Je verrai si ceux que demande M. Huguier sont contenus dans la relation du fait, et je les ferai connaître.

M. BLOT fait voir le malade opéré par M. Follin de polypes multiples du larynx. L'incision thyro-hyoïdienne est cicatrisée, et le malade peut être considéré comme guéri.

Sur la restauration spontanée du bord postérieur de l'aisselle. — M. PRESTAT. Vous connaissez tous la tendance rétractile du tissu inodulaire, et combien dans certains cas cette tendance est une cause de gêne pour les malades et semble se jouer des ressources de la chi-

rurgie. C'est d'un cas de ce genre qui a été heureux dont je voudrais vous entretenir quelques instants.

Un jeune garde-moulin, Ernest C..., voulant débrayer une courroie dans la nuit du 28 février au 1er mars 1861, laissa prendre dans un engrenage la manche droite de sa chemise, qui fut attirée et fit corde. La peau du bras fut mâchée en six endroits et la paroi postérieure de l'aisselle, peau et muscles, fut complétement arrachée par les dents d'un engrenage.

Il en résultait une vaste plaie, qu'il ne pouvait être question de rapprocher, et par laquelle il s'échappa une notable quantité de sang plus veineux qu'artériel. Un énorme phlegmon du bras et du côté de la poitrine mit pendant trois semaines les jours du malade en danger, puis peu à peu les plaies du bras se cicatrisèrent.

Au bout de trois mois, il ne restait plus qu'une surface bourgeonnante de trois centimètres de long sur deux de large à la plaie de l'aisselle. J'avais évité de toucher les bourgeons charnus. Le malade exécutait avec peine quelques mouvements du bras, et ceux que j'imprimais au membre étaient assez douloureux.

C'est alors que C... quitta l'hôpital pour retourner dans sa famille. Je lui recommandai de faire tous ses efforts pour augmenter les mouvements de l'épaule, lui conseillant d'exercer beaucoup son bras et de lui imprimer des mouvements de plus en plus étendus.

J'ai revu ce jeune homme en décembre 1862, vingt mois après l'accident ; il existe une longue cicatrice mince, solide, qui va du côté de la poitrine au bras, cicatrice qui rétablit très-bien le bord postérieur de l'aisselle, et que je ne saurais mieux comparer qu'aux membranes des palmipèdes.

Elle s'appuie sur la peau du bras et sur celle du côté, qui ont été attirées sans apporter de gêne.

Cette cicatrice est très-ferme et ne s'oppose à aucun des mouvements du bras, qui peut s'élever autant que l'autre, se porter en avant, en arrière. Enfin les fonctions du bras sont assez bien conservées pour que ce jeune homme ait pu reprendre ses fonctions très-pénibles de garde-moulin. Ce résultat d'une cicatrice de l'aisselle doit-il être regardé comme habituel ? J'en doute, et je crois que j'ai eu sous les yeux un cas exceptionnellement heureux. Peut-être même peu à peu la force rétractile du tissu cicatriciel diminuera-t-elle l'étendue des mouvements. Comme j'aurai occasion de voir ce jeune homme de temps à autre, il me sera facile de l'observer.

Ectropion cicatriciel. — M. DOLBEAU. Je viens soumettre à votre examen le résultat d'une opération que j'ai pratiquée il y a six mois,

pour remédier à un cctropion cicatriciel pour lequel mon jeune malade avait déjà subi une première opération suivie d'insuccès. Je crains que le résultat ne soit encore une fois peu satisfaisant ; mais je crois que l'observation sera de nature à vous édifier sur la valeur relative des différentes méthodes et des nombreux procédés qui ont été indiqués pour remédier à cette difformité grave à plus d'un titre.

Voici en quelques mots l'histoire de mon malade :

B..., âgé de quinze ans et demi. Brûlé à l'âge d'un an ; — il est tombé la face dans le feu. — Ectropion consécutif.

Opération de Wharton-Jones par Lenoir, le sujet ayant dix ans.

Reproduction de la difformité ; nouvelle opération les premiers jours d'octobre 1862.

État de la partie au moment de la dernière tentative. — La face droite est normale ; le côté gauche présente des traces des brûlures anciennes, qui ont porté surtout au voisinage de l'orbite. La paupière inférieure est renversée et adhérente en bas et en dehors. Le bord libre de cette paupière se trouve à environ 1 centimètre et demi au-dessous de la place qu'il devrait occuper. Les cils sont rares ; la conjonctive très-rouge et très-épaissie.

La paupière supérieure est normale.

Le globe de l'œil est le siége d'une inflammation qui porte sur la conjonctive et sur la cornée. Cette dernière présente déjà plusieurs points non transparents. La douleur est assez vive, et les larmes s'écoulent d'une manière continuelle.

La paupière inférieure est complétement immobile. Dans le mouvement de fermeture des paupières, il y a encore près d'un centimètre d'écartement entre les deux voiles, en sorte que le globe de l'œil est très incomplétement protégé par ses tutamina.

Opération. — 1° Incisions en V à base inférieure, à sommet correspondant au bord libre de la paupière inférieure ;

2° Incisions parallèles au bord de la paupière, et partant de chaque branche du V ;

3° Dissection du lambeau ; libération de la paupière inférieure ;

4° Avivement des deux bords palpébraux, suivi de sutures à points séparés ;

5° Suture des lambeaux relevés ;

6° Pansement avec des compresses d'eau fraîche.

Les suites de l'opération furent simples et la guérison rapide. L'enfant reprit ses occupations, et ce ne fut qu'après cinq mois que nous commençâmes à libérer les paupières. Mais depuis que la fente palpébrale a été rétablie même en partie, la paupière tend à se renverser de nouveau, et il suffit d'une expérience très-simple, de la

marche de l'ectropion, pour être convaincu que la récidive est actuellement une chose inévitable.

Je soumets mon malade aux membres de la Société de chirurgie, bien convaincu qu'ils partageront mes craintes.

Le procédé que j'ai mis en usage a été imaginé par M. Guérin; notre collègue nous a présenté un malade, mais les paupières étaient encore réunies. Qu'est devenu ce premier opéré ? Je désirerais le savoir; car le résultat que j'ai obtenu n'est pas de nature à encourager les chirurgiens.

J'ai le projet d'appliquer à mon malade le procédé de M. Denonvilliers. Cette méthode a donné des résultats bons, durables, et non contestables.

Abaisse-langue canule. — M. GUERSANT présente un abaisse-langue canule qu'il a fait faire à M. Charrière pour pratiquer des irrigations dans le pharynx quand les gargarismes sont insuffisants, lorsqu'il s'agit de nettoyer les amygdales et le pharynx couverts de fausses membranes.

Cette canule, en forme d'abaisse-langue, offre une foule de petites ouvertures à son extrémité pharyngée, par lesquelles on peut faire une véritable irrigation; l'autre extrémité peut se fixer à un irrigateur Eguisier qu'on remplit du liquide que l'on veut employer.

L'abaisse-langue canule est fait en bronze aluminium, afin de ne pas être altéré par les acides et même les eaux sulfureuses.

M. TRÉLAT. Je crois qu'avec les divers injecteurs et les pulvérisateurs connus, on pourrait arriver au même résultat qu'avec l'instrument qu'on nous présente.

M. GUERSANT. L'abaisse-langue remplace les canules avec avantage, parce qu'il lance le liquide dans toutes les directions; il est préférable aux pulvérisateurs, parce qu'il produit une percussion qui contribue à détacher les fausses membranes.

M. MARJOLIN. L'instrument de M. Guersant me semble utile pour les enfants, parce que les pulvérisateurs ne peuvent nettoyer le fond de la gorge.

Polype du vagin. — M. BÉRAUD montre un polype du vagin. C'est une tumeur piriforme, pédiculée, formée d'un repli muqueux doublé de graisse. L'insertion avait lieu sur la paroi antérieure du vagin, et entraînait cette paroi de manière à simuler une cystocèle. J'ai dû m'assurer de l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, en introduisant une sonde dans la vessie. L'opération a été facile. J'ai lié le pédicule, et je l'ai excisé au-devant de la ligature.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 25 mars 1863.

Présidence de M. Richet, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Legouest, retenu par le conseil de révision, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

— M. Larrey, en congé, adresse à la Société de chirurgie, de la part de M. Ribadieux, médecin de l'armée, un exemplaire des recherches qu'a faites ce dernier sur la maladie appelée en Afrique *clou de Biskra.*

— M. Beyran adresse à la Société la deuxième édition de son *Traité de pathologie générale.* (Remercîments à l'auteur).

Spina-bifida. — M. GIRALDÈS montre un jeune enfant de deux ans et demi, atteint de spina-bifida de la région sacrée. La tumeur a le volume du poing ; elle est recouverte d'une peau amincie, mais normale, et présente une transparence parfaite.

M. BOINET. Je veux seulement demander à M. Giraldès s'il a cherché à s'assurer que cette tumeur communique ou non avec la cavité rachidienne.

M. GIRALDÈS. J'ai vidé cette tumeur par une ponction, et elle s'est remplie le lendemain ; j'ai pu d'ailleurs constater qu'il existe une brèche considérable au niveau du sacrum.

M. CHASSAIGNAC. M. Giraldès ne nous a pas parlé du traitement qu'il se propose d'instituer ici, je veux seulement lui demander s'il n'a pas songé à l'injection iodée.

M. GIRALDÈS. J'ai examiné avec soin les faits de spina-bifida traités par l'injection iodée, et je n'ai pas trouvé qu'on ait obtenu des résultats bien avantageux ; souvent les malades ont couru de grands dangers et dans certains cas la mort est survenue rapidement. J'ai vu l'année dernière dans mon service trois enfants guéris rapidement de spina-bifida par les ponctions suivies de la compression, et chez lesquels, au moment où je me félicitais de la guérison, il s'est développé une hydrocéphalie qui a entraîné la mort. D'un autre côté, on pourrait rencontrer une vingtaine d'observations d'individus étant atteints de spina-bifida et arrivés à l'âge adulte. J'ai pensé qu'on

pourrait évacuer de nouveau le liquide contenu dans la tumeur et exercer ensuite une compression.

M. CHASSAIGNAC. Si j'ai parlé de l'injection iodée, c'est que c'est encore le meilleur traitement que nous ayons. Je sais bien, comme le démontre M. Giraldès, que tous les cas ne guérissent pas ainsi, mais je demande s'il est un autre traitement qui ait fait ce que fait l'injection iodée, et je me rappelle avoir montré ici un malade guéri de cette façon. J'ai vu aussi la coïncidence du spina-bifida et de l'hydrocéphale ; il faut bien avouer que la guérison spontanée est tout à fait exceptionnelle. Chez le petit malade de M. Giraldès, la tumeur est volumineuse, elle peut s'enflammer éventuellement. J'ai peine à croire que les évacuations successives et la compression puissent suffire à faire disparaître cette tumeur ; pour moi, je serai disposé à la traiter par l'injection iodée.

M. BOINET. M. Giraldès nous dit qu'il connaît une vingtaine d'observations de spina-bifida parvenus à l'âge adulte, et que trois fois il a vu survenir l'hydrocéphalie à la suite de l'injection iodée, mais il ne nous dit pas s'il en a guéri par les ponctions successives. Je pense que ce moyen est uniquement palliatif, et que le spina-bifida entraîne presque toujours la mort, quand on ne fait aucun traitement.

M. DEBOUT. J'engage notre collègue M. Giraldès à se méfier des séries, car s'il a eu des insuccès par l'injection iodée, d'autres ont été plus heureux. J'ai fait autrefois un rapport sur un cas de spina-bifida guéri par l'injection iodée, par M. Viard. Toutefois, il serait utile de revoir les faits publiés et de les compulser à ce point de vue, et je sais que M. Brainard, le promoteur des injections iodées, a renoncé à sa méthode, du moins en ce qui concerne la dose des injections.

M. GIRALDÈS. M. Boinet affirme que le spina-bifida est mortel; mais il faut distinguer les cas : quand la tumeur est enkystée, qu'elle ne contient ni les nerfs ni la moelle, que la peau qui la recouvre est intacte, la maladie reste souvent stationnaire. Quant aux injections iodées, elles ne comptent que quelques succès; le plus souvent les enfants sont morts. J'ai fait un relevé des diverses méthodes de traitement du spina-bifida, et j'ai vu que souvent les ponctions successives suivies de la compression avaient réussi. Enfin j'ajoute que j'ai vu des enfants que je considérais comme guéris revenir avec des têtes énormes ; j'ai été obligé de ponctionner le crâne, et cela me rend très-prudent quant aux guérisons radicales.

M. DEBOUT. Ce que dit M. Giraldès peut s'appliquer à toutes les méthodes de traitement, et rien ne prouve que l'hydrocéphalie soit

plus fréquente à la suite des injections iodées que par tout autre traitement.

M. BOINET. J'ai dit que généralement les enfants atteints de spina-bifida succombent rapidement ; je ne me suis pas occupé de ceux qui guérissent et encore moins des injections iodées, que je crois, toutefois, plus efficaces que la compression.

M. GIRALDÈS. Le traitement par les ponctions et la compression n'est pas nouveau, il a été employé par A. Cooper. Je ferai remarquer que, quand on veut apprécier la valeur d'une méthode thérapeutique, il faut accepter avec réserve les observations des malades qu'on n'a pas vus, car elles conduisent à des résultats tout différents de ceux qu'on obtient par l'examen des faits qu'on a observés soi-même. Il y a une foule de détails qui manquent et qui seraient nécessaires pour éclairer le chirurgien.

M. BLOT. Je voudrais savoir si M. Giraldès croit que véritablement la guérison radicale et prompte du spina-bifida produit l'hydrocéphalie ? Si cela était, il faudrait conseiller l'abstention, d'autant plus que quelquefois la tumeur diminue quand on n'y fait rien.

M. GIRALDÈS. Je ne veux pas donner à ce que je viens de dire une valeur absolue, il faudrait un plus grand nombre de faits ; mais je dis qu'il faut jusqu'à un certain point prévoir la possibilité de cet accident et en tenir compte.

Nouveaux faits de phocomélie, communiqués par M. Debout.

Depuis la lecture du travail de M. Debout sur l'arrêt de développement des membres pelviens, dix nouveaux cas de *phocomélie* lui ont été communiqués. Ils se décomposent de la manière suivante : chez le premier, l'anomalie affectait les quatre membres; chez le second, les membres thoraciques étaient seuls atteints; chez le troisième, la phocomélie existait avec l'ectromélie et la déviation des pieds (pieds bots varus); enfin, chez les sept autres sujets, la malformation était bornée à un seul des membres pelviens.

M. Debout met sous les yeux de la Société les moules ou les dessins des cinq individus encore vivants et faisant usage d'appareils prothétiques, et produit ces nouvelles observations.

Voici les observations produites par notre collègue :

OBS. VII. — *Phocomélie pelvienne droite; arrêt de développement portant sur les trois segments du membre. — Bottine-pilon.* — Jeune fille de quinze ans, grande et bien constituée d'ailleurs, jouissant

d'une excellente santé. L'anomalie porte plus spécialement sur la jambe et sur le pied, ce dernier surtout. Celui-ci est constitué en avant par le gros orteil et son métatarsien; en arrière, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, on sent une petite masse osseuse, aplatie, présentant la forme de l'astragale. Elle est englobée dans une grande masse de tissu cellulaire dense et serré, se prolongeant en arrière en forme de talon, et dans laquelle vient se perdre l'expansion du tendon d'Achille. Ce gros orteil exécute tous les mouvements du pied, abduction, adduction, flexion, extension et même circumduction. Le squelette du segment jambier est constitué par le tibia, dont la malléole interne forme une saillie assez considérable pour avoir fait croire à une fracture ancienne de la portion épiphysaire. Le péroné manque ; la cuisse est seulement un peu plus courte que celle du côté sain.

Voici les dimensions de ces deux membres :

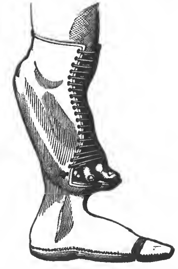
Fémur,	membre normal,	35;	membre avorté,	23
Tibia,	—	36;	—	23
Pied, longueur,	—	24;	—	14
Pied, hauteur,	—	6;	—	4

Cette jeune fille marche depuis son enfance avec une béquille. Sur le conseil de son médecin, elle est venue à Paris pour se faire faire un appareil qui lui rende la liberté de sa main droite, employée à manœuvrer son appareil de sustentation. Comme ce membre supporte très-bien le poids du corps, j'ai donné le conseil de lui fabriquer une bottine-pilon, maintenue à la jambe à l'aide de deux attelles latérales et d'une jarretière. M. le docteur Rampon nous apprendra plus tard l'étendue du secours fourni par cet appareil, construit par M. J. Charrière.

M. le docteur A. Gauchet, médecin du bureau de bienfaisance du Xe arrondissement, nous a adressé le sujet de l'observation suivante, qui était venu réclamer un certificat pour obtenir de l'Assistance publique un nouvel appareil.

Obs. VIII. — *Phocomélie pelvienne gauche; arrêt de développement portant spécialement sur la cuisse, pied creux équin.* — Ouvrier bijoutier, âgé de vingt-deux ans, assez grand et bien constitué, sauf son anomalie. Il a marché longtemps à l'aide d'un pilon terminé par deux branches latérales fixées à la jarretière par une courroie; ce jeune homme, qui est fort intelligent, rapporte la formation de son pied creux à ce que l'étrier sur lequel reposait le pied était formé par une bande de fer très-etroite, au lieu d'une plaque sur laquelle

la plante du pied eût reposé dans toute son étendue. Nous reviendrons plus tard sur ce fait très-important, et dirons ce que nous aurons obtenu d'un appareil mieux adapté à la disposition de la difformité.



M. Béchard fils nous a fait voir le moule en plâtre et l'appareil du cas suivant.

Obs. IX. — *Phocomélie pelvienne droite; arrêt de développement portant sur le segment jambier et le pied, celui-ci ne présentant que trois orteils. — Pied artificiel.* — Une dame âgée d'environ quarante-cinq ans, cachant son nom et la localité qu'elle habite, vient chercher un appareil toutes les fois qu'elle en a besoin, et disparaît aussitôt. On le sait, les mutilés ont plus de honte des difformités congénitales que de celles produites par un accident. Voici le dessin de l'appareil élégant construit par M. Béchard. Il se compose d'un pied artificiel dont la partie antérieure est seule mobile et se trouve surmontée par une pédale sur laquelle repose le pied ; celle-ci est disposée en forme de brodequin. Cette dame porte des pantalons, et prend un tel soin de dissimuler sa difformité, que la plupart des membres de sa famille l'ignorent complétement.

M. le docteur Otterbourg nous a conduit un de ses jeunes clients dont le pied présente une malformation toute semblable.

Obs. X. — *Phocomélie pelvienne droite portant sur les trois segments du membre. — Usage d'une bottine patin.* — Petit garçon, âgé de dix ans, fort et vigoureux et jouissant d'une santé excellente. La cuisse, bien musclée, offre environ six centimètres de moins que celle du côté opposé. La même différence de longueur existe entre les deux jambes, mais le contraste entre les masses musculaires de ces segments est des plus considérables. Le péroné manque complétement, de sorte qu'il n'existe pas de malléole externe. Le tibia, normalement développé dans sa partie supérieure, présente dans sa partie moyenne une courbure en avant, comme chez les enfants rachitiques ; la mal-

léole interne constitue une saillie considérable. Le pied n'est pas renversé en dehors, mais il est situé en dehors de l'axe de la jambe. Ses diverses dimensions sont d'un tiers plus petites que celles du pied normal; cette grande différence, surtout en ce qui concerne sa largeur, tient à ce que ce segment n'a que trois orteils, le gros orteil et les deux doigts suivants. Les trois métatarsiens, ainsi que les os des deux rangées du tarse qui leur correspondent, existent, ainsi que l'astragale et le calcanéum, mais ils sont réduits à des dimensions proportionnées à la forme générale de ce pied.

Dès l'âge de cinq mois, on a commencé à appliquer un appareil à cet enfant afin de s'opposer à la déviation du pied en dehors, puis, lorsqu'il a été en âge de se tenir sur les jambes, on a adapté sous la semelle de cet appareil une lame de bois évidée, de façon à donner une même longueur aux deux membres. Depuis l'âge de quinze mois, cet enfant fait usage de ce même modèle et partage tous les jeux de ses camarades de pension. Depuis quelques années, sur le conseil de M. le docteur Gruby, on a donné au bord inférieur de son appareil une forme légèrement courbe (disposition semblable à celle de la lame des patins destinés à glisser sur la glace); cette modification facilite beaucoup la marche de l'enfant.

La mère, qui est une femme des plus intelligentes, m'a affirmé que l'accroissement de ce membre se produisait d'une manière plus lente que celui du membre normal, de sorte que la différence de leur longueur augmente chaque année de quelques millimètres.

Lorsque cet enfant aura atteint sa croissance complète, il sera possible de lui faire porter un appareil analogue à celui de la mutilée de M. Béclard; d'ici là ce serait l'exposer à la formation d'un pied bot équin.

Obs. XI. — *Phocomélie pelvienne droite affectant les trois segments du membre. — Usage d'une béquille. — Fracture de la jambe avortée. — Guérison.* — Il y a une vingtaine d'années, j'étais très-lié avec une famille dont la fille aînée présentait un raccourcissement considérable du membre abdominal droit, dû, m'a-t-on dit, à une chute faite dans la première enfance. Comme on s'occupait beaucoup alors de l'expérimentation des jambes artificielles dans nos hôpitaux, j'avais rapporté au chef de la famille les résultats des essais dont j'étais le témoin et j'engageai cette demoiselle à profiter des ressources réelles que la prothèse présentait déjà à cette époque. La nécessité du moulage préalable du membre fit repousser ma proposition.

J'ai appris depuis que cette personne, qui marche avec une seule béquille, s'était brisé son membre difforme, et que force lui avait été

alors de le laisser voir. Le chirurgien appelé à traiter cette fracture, M. Demarquay, nous a dit que la conformation du membre était tout à fait semblable au dessin du premier de nos mutilés : cuisse bien musclée, jambe grêle et possédant son squelette complet, pied petit avec ses orteils.

La fracture portait sur la partie moyenne des deux os. M. Demarquay voulut appliquer tout d'abord un appareil de Scultet; il dut le modifier à cause de l'impossibilité où se trouvait la malade d'étendre la jambe. (Nous rapportons la contracture des muscles de la cuisse à l'absence de l'usage de ce membre, et à la manière toute particulière dont marchait cette personne : elle plaçait sa béquille entre ses deux membres et appuyait fortement sur sa tige la face interne de la cuisse avortée.) On ne tarda pas à substituer au premier appareil un bandage dextriné, et la fracture se consolida promptement.

Cette personne est âgée de cinquante-huit ans ; nouvel exemple que cette anomalie n'empêche pas ceux qui en sont atteints de vivre longtemps.

M. Debout met ensuite sous les yeux de la Société le sujet de sa huitième observation; il explique le mode de production du pied creux équin par la mauvaise attitude de ce segment du membre pendant la marche avec un appareil mal compris.

Un autre point sur lequel il appelle l'attention de ses collègues est la position particulière que prend le membre phocomélique dès qu'il est au repos ; ce membre exécute aussitôt un mouvement d'abduction et de rotation qui dirige la pointe du pied en dehors. Dès que les muscles se contractent pour porter le membre en avant, celui-ci reprend sa direction normale; la pointe du pied revient en avant.

M. Debout rapporte cette attitude à l'absence de soudure de la tête du fémur avec la diaphyse de l'os, disposition qu'il a constatée sur quelques pièces anatomiques ayant appartenu à des sujets chez lesquels l'arrêt de développement avait porté sur le segment crural et qu'il a pu examiner.

Polypes fibreux naso-pharyngiens et ptérygo-maxillaires.

Arrachement avec amputation préalable de l'os maxillaire supérieur droit.

M. le docteur PIACHAUD (de Genève) communique l'observation suivante :

Louis S..., de Rennaz, près de Villeneuve, canton de Vaud, est âgé de vingt et un ans; il est d'un tempérament lymphatique et n'a jamais eu de maladie sérieuse. Sa mère est morte il y a dix ans, à l'âge de trente-six ans, d'une affection tuberculeuse des poumons ; son père est bien portant.

Il y a trois ans que ce jeune homme s'est aperçu d'une difficulté à respirer par la narine droite ; mais les médecins consultés alors ne reconnurent pas la nature du mal.

Trois mois après, M. Largnier, chirurgien de l'hôpital de Lausanne, a reconnu des polypes dans le pharynx , et en a retiré par la bouche avec des pinces.

Le malade est retourné chez lui, et à quatorze reprises différentes, soit par l'arrachement direct, soit à l'aide de la ligature faite par les fosses nasales, des masses polypeuses ont été extraites ; la dernière opération a été pratiquée en février 1862.

Depuis lors, la joue droite s'est tuméfiée, et vers le mois de mai on s'est aperçu de la saillie de l'œil droit ; au mois de décembre, la vision de ce côté s'est altérée assez rapidement, en sorte qu'actuellement le malade ne distingue guère que le jour de la nuit. L'ouïe est très-affaiblie du côté droit depuis près d'une année.

On donne au malade le conseil de venir se faire opérer à Genève, et le 15 janvier 1863 j'examine avec soin son état.

La respiration est pénible et n'a lieu que par la bouche ; la narine droite est complétement obstruée ; l'air passe à peine un peu dans la gauche.

Exophthalmie assez notable de l'œil droit ; pupiles dilatées également et mobiles. Joue droite volumineuse et formant une tumeur régulière, globuleuse, commençant à deux travers de doigt de l'oreille, allant en avant jusqu'au sillon naso-labial, en bas jusqu'au niveau de l'arcade dentaire inférieure, et plongeant en haut sous l'os zygomatique. Cette tumeur présente quelques bosselures, et son tissu est d'une dureté élastique ; en dedans, on la sent au-dessous de la muqueuse, mais libre d'adhérences, de même que du côté de la peau.

En ouvrant la bouche, on constate l'intégrité des dents, des gencives et de la voûte palatine, mais l'arcade dentaire supérieure droite est déjetée en dedans vers la dent de sagesse. Le voile du palais forme une saillie en avant, et en introduisant le doigt en arrière on sent une masse formée de plusieurs tumeurs bosselées, dures, élastiques, à surface lisse, non saignantes, occupant les orifices postérieurs des fosses nasales et adhérentes par en haut à l'apophyse basilaire et à droite du côté de l'apophyse ptérygoïde.

Le 17, je procède à l'opération, aidé des docteurs Maunoir père et fils, Gautier, Dufresne, Marcel (de Lausanne), Odier, étudiant en médecine, et Chavanne, chirurgien-dentiste. L'opération s'est composée de deux temps principaux :

1° Amputation de l'os maxillaire supérieur droit ;

2° Extraction des polypes.

L'amputation du maxillaire n'a présenté aucune particularité; j'ai suivi pour l'incision des parties molles le procédé de M. Velpeau, qui consiste à faire une incision courbe à convexité inférieure, partant de 2 centimètres en dehors de l'angle externe de l'œil et arrivant à la commissure des lèvres, sans m'occuper de la tumeur de la joue. L'artère coronaire inférieure a dû être liée de suite; l'incision a mis à découvert immédiatement la tumeur piriforme, dont le pédicule plongeait sous l'arcade zygomatique; il a été très-facile de l'énucléer et de la maintenir en dehors; j'ai dû ensuite inciser la muqueuse buccale, puis disséquer le lambeau jusqu'à la racine du nez.

Le lambeau relevé sur le front, j'ai passé la scie à chaîne par la fente sphéno-orbitaire, pour faire la section de l'os zygomatique; puis avec de fortes cisailles, j'ai coupé d'avant en arrière la voûte palatine jusqu'au voile du palais; mes cisailles n'ayant pas été assez fortes pour couper l'apophyse montante, j'ai dû employer pour cela le ciseau et le maillet; ces mêmes instruments m'ont servi pour couper le plancher de l'orbite en arrière du rebord orbitaire, et pour faire sauter l'os palatin en avant du crochet de l'apophyse ptérygoïde. L'os ainsi rendu mobile, je l'ai saisi avec un fort davier et fait basculer sans difficulté, et après avoir divisé quelques parties molles qui le retenaient encore, je l'ai enlevé en totalité.

L'hémorrhagie étant modérée, nous n'avons eu à employer ni perchlorure de fer ni cautère actuel, et nous avons pu examiner le siége précis des polypes au fond de la vaste cavité que nous venions de créer. Le polype de la joue se prolongeait par son pédicule derrière l'os zygomatique, et s'insérait sur le bord de la fente ptérygo-maxillaire; son adhérence à l'os était large, nous avons dû le saisir avec une pince très-forte, et ce n'est qu'à l'aide d'un mouvement de torsion et de tractions énergiques que nous sommes parvenus à l'extirper en entier. Du côté du pharynx se présentaient deux tumeurs; l'une bilobée, du volume d'une grosse noix, un peu aplatie, s'insérant à l'apophyse basilaire; ses adhérences étaient assez faibles, et il a été facile de l'extraire; l'autre, un peu plus petite, était placée en dehors au-devant de la trompe d'Eustache droite, et nous a paru s'insérer sur la face interne de l'apophyse ptérygoïde; ses adhérences assez fortes ont nécessité des mouvements de traction énergiques. Dès lors, en promenant le doigt dans toutes les directions, nous n'avons plus rencontré aucune production fibreuse.

A ce moment, l'opération était terminée, et fort heureusement, car le pauvre malade, qui avait supporté ces atroces douleurs sans proférer une seule plainte, a été pris d'une syncope, que nous avons dû combattre par les moyens appropriés.

Peu à peu le malade a repris ses sens ; nos craintes se sont dissipées. Cependant, afin d'être à l'abri d'une nouvelle syncope, je l'ai laissé pendant une demi-heure dans la position horizontale, et j'ai procédé à la réunion de la plaie au moyen d'une suture entortillée, qui a nécessité l'emploi de douze épingles.

Tout étant terminé, ce courageux jeune homme a voulu marcher seul pour aller à son lit, où nous l'avons placé la tête élevée, dans la position presque assise ; il a pu presque aussitôt avaler une petite tasse de vin coupé d'eau. — Potion avec eau de menthe et de tilleul, ãã 60 gr. ; sirop d'acétate de morphine, 30 gr. ; essence de Sylvius, 2 gr. ; une cuillerée à soupe toutes les deux heures. — Bouillon, lait et vin sucré coupé d'eau alternativement ; puis injections fréquentes d'eau fraîche dans la bouche.

Le 18, le malade a un peu dormi dans la nuit ; il est calme ; mais dans la soirée, la fièvre s'est développée sans frisson ; le pouls a atteint 140. Il y a eu une sorte de crise nerveuse de courte durée ; de fortes douleurs de tête ont été calmées par des sinapismes aux jambes.

La nuit suivante a été tranquille, et le 19 au matin, le pouls est à 126 ; le soir à 120. Du gonflement s'est développé au-dessous de la suture, le long de la mâchoire inférieure ; cette région est douloureuse.

Le 20, pouls à 104 ; le soir il se lève pour faire son lit.

Le 21, nuit assez bonne ; trois ou quatre heures de sommeil ; le gonflement a diminué. J'enlève cinq épingles, et je fais un lavage de la face. Pouls à 100.

Le 22, j'enlève le reste des épingles ; la réunion paraît parfaite ; le fil reste en place.

Le 23, le fil tombe par le lavage ; réunion complète, sauf en un point, vers l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur.

Le 25, le malade se lève pendant deux heures.

Le 27, je l'examine avec soin, et je constate la parfaite intégrité du voile du palais ; il y a peu de douleur en avalant ; langue très-bonne ; appétit. Anesthésie complète de la joue au-dessus de la cicatrice ; l'angle de la bouche pend, et la salive s'échappe quand le malade penche la tête en avant. La vue de l'œil droit s'est beaucoup améliorée ; cet œil distingue maintenant les objets ; il peut même voir l'heure à une montre.

Le 28, le malade a fait une promenade à pied ; ses forces reviennent, et à partir de ce moment, il sort chaque jour. Il peut manger de la viande hachée, et le suintement qui se fait dans l'intérieur de la bouche est peu abondant.

Le 15 février, l'état du malade est excellent. Il reste seulement une petite fistule à la joue, par laquelle s'écoule un liquide limpide comme de l'eau de roche. Cet écoulement est surtout marqué lorsque le malade mange; il n'y a pas de doute qu'il existe une fistule salivaire, qui nécessitera un traitement spécial.

Quant à l'œil droit, il a repris en grande partie ses fonctions.

Je serai au courant de ce qu'on verra chez ce malade, et j'aurai soin d'en faire part à la Société, afin que son observation soit complète.

M. BAUCHET. Je pense que l'ablation du maxillaire supérieur pour arriver à l'extirpation et à la destruction des polypes fibreux naso-pharyngiens est une bonne opération. On l'a vivement critiquée; mais en présence des insuccès et des récidives que l'on a observés, des difficultés que l'on a rencontrées, les chirurgiens ont de la tendance à revenir à cette opération. Pour ma part, je n'ai pas hésité à la pratiquer dans un cas dont j'ai eu l'honneur d'entretenir la Société de chirurgie.

Le polype était volumineux; il occupait le pharynx et une des fosses nasales tout entière; il avait déjà récidivé deux fois, après deux opérations faites à l'aide de la ligature extemporanée (écrasement linéaire). J'ai pu l'extirper tout entier, et ensuite achever de détruire sa base d'implantation à l'aide de cautérisations énergiques pratiquées avec le cautère galvanique. Cette opération a été pratiquée en 1859. J'ai revu plusieurs fois le jeune malade pendant les deux années qui ont suivi; la guérison était complète, et de plus la voûte palatine s'était étalée; le trou qu'avait fait mon opération avait presque complétement disparu, et la dernière fois que ce garçon est venu me voir, c'est à peine si je pouvais passer l'extrémité de mon petit doigt. Cette ouverture se rétrécissait de jour en jour, et je suis convaincu qu'en ce moment il ne reste plus aucune trace de cette perte de substance.

Mais il est des cas dans lesquels le polype étant petit, avec une base d'implantation peu étendue, il sera possible de le détruire complétement sans extirper l'un des maxillaires supérieurs. Chez les jeunes sujets, en effet, le trou pratiqué à la voûte palatine peut se combler assez vite. En sera-t-il de même chez les adultes ou chez les personnes plus âgées? On peut, avant l'opération, comme chacun de vous le sait, s'assurer exactement et du volume et de l'implantation de ces polypes. Si cette production a à peine le volume d'une noix, si elle ne pousse pas de prolongements dans le nez, dans les sinus, vers le bord inférieur du voile du palais, on peut, à l'exemple de MM. Foucher et Maisonneuve, se borner à fendre le voile du palais. Mais il faut ajouter une condition à cette opération : il faut main-

tenir la boutonnière ouverte, afin de pouvoir achever la destruction de la tumeur et de s'opposer à la récidive.

J'ai eu, depuis l'opération que je viens de rappeler, l'occasion d'employer une seconde fois le galvano-caustique; voici en quelques mots cette observation, qui m'a paru assez intéressante pour mériter d'occuper un instant la Société.

Dans le mois de juillet dernier, M. Malgaigne enleva, à l'hôpital de la Charité, un polype fibreux. Le malade était un grand garçon de vingt-cinq ans environ, fort, vigoureux, bien constitué. Le polype était gros comme un petit œuf de poule. M. Malgaigne fendit le voile du palais jusqu'à la luette, qu'il respecta, et par cette boutonnière enleva tout ce qu'il put saisir. Je pris le service de M. Malgaigne au mois d'août. A cette époque, voici ce que je constatai :

La boutonnière persistait, et par cette boutonnière on pouvait introduire l'indicateur. On trouvait alors la base d'implantation du polype sur la face inférieure du corps du sphénoïde, et un peu sur l'apophyse basilaire. De plus, il existait un petit prolongement sur la partie supérieure et interne de l'apophyse ptérygoïde. Il restait très-peu de polype, de façon qu'il était impossible de jeter une ligature sur sa partie adhérente. Exciser avec des ciseaux ou le bistouri la partie restante, me paraissait être une mauvaise opération, attendu qu'il ne restait qu'une très-petite portion du polype, et qu'il aurait encore fallu détruire ensuite la base d'implantation. Je me décidai à employer le cautère électrique.

Je l'ai déjà dit, cette cautérisation est énergique et porte sur le point que l'on veut attaquer. J'introduisis le doigt par la boutonnière, je plaçai la tête du cautère sur la base du polype, et en poussant un petit cliquet avec le doigt, je mis les fils en communication. Je cautérisai fortement quatre fois de suite, à six ou huit jours d'intervalle. Je dirai plus loin les précautions qu'il faut prendre quand on emploie ce mode de cautérisation.

Le malade a quitté l'hôpital vers le mois de septembre. Il est revenu une première fois dans le courant de novembre. Je ne trouvai plus rien ; mais, pour plus de sécurité, je touchai la surface d'implantation avec le caustique Filhos. Je l'ai revu dans le courant de janvier, et bien que la base me parût complétement détruite, j'ai touché une seconde fois fortement avec le même caustique. Enfin j'ai revu une troisième fois le malade, et je n'ai plus pratiqué la moindre cautérisation.

Je ne puis encore affirmer d'une manière absolue qu'il n'y aura pas de récidive ; mais en raison des cautérisations que j'ai pratiquées et de ce que j'ai constaté, je suis, pour ma part, convaincu

que le malade est et restera guéri. Je le reverrai du reste, et je tiendrai la Société au courant de ce qui pourra se présenter.

La boutonnière persiste, et si elle ne se comble pas spontanément, j'aurai recours plus tard à une staphyloraphie.

Un mot maintenant sur l'emploi du cautère galvanique. Il existe dans le manche qui supporte les fils de platine un petit cliquet qui permet de mettre en communication les fils de la pile (de Granet), et de faire cesser cette communication. Après avoir bien garni toute la partie inférieure de la boule spiroïde de platine avec du diachylon pour éviter de brûler les parties voisines de celle que l'on veut détruire, on place la boule sur le lieu où doit porter la cautérisation; puis on établit la communication, et la cautérisation commence. Il se produit une fumée intense que l'on fait disparaître par des insufflations d'air. Au bout de 25 à 40 secondes, on fait cesser la communication des fils; on continue les insufflations d'air, et on laisse la boule se refroidir. On le retire alors, mais seulement pour éviter de blesser, de brûler les parties voisines. Après que le malade s'est gargarisé et nettoyé la bouche avec de l'eau froide, on recommence une, deux ou trois fois la même cautérisation, suivant l'étendue de la surface que l'on veut détruire. On porte le doigt, après chaque cautérisation, sur la partie qui a été attaquée, et l'on peut constater le résultat obtenu et placer chaque fois le cautère sur la partie qui doit être plus spécialement détruite. Pour chaque séance de cautérisation, j'appliquais à trois ou quatre reprises le cautère électrique.

Les seuls soins consécutifs ont consisté dans des gargarismes fréquents et dans des lavages directs par la bouche ou par le nez avec de l'eau froide le premier jour, avec de l'eau de guimauve un peu tiède les jours suivants. Il n'est survenu aucun accident dans les deux cas que j'ai ainsi traités.

M. VERNEUIL. Comme je l'ai indiqué dans les remarques précédentes, je suis très-partisan de la cautérisation galvanique employée pour détruire les racines des polypes naso-pharyngiens et assurer la cure radicale. C'est faire suffisamment l'éloge de ce moyen que de rappeler qu'on peut introduire à froid un bouton dont on peut varier la forme à l'infini; que ce bouton peut être porté instantanément à l'incandescence la plus vive, et aussi rapidement refroidi; qu'il peut être conduit sur un point précis à l'aide du doigt, ou à travers une voie préliminaire étroite, ou même sans voie préliminaire, et à l'aide du pharyngoscope, qui a déjà rendu des services dans le traitement de la maladie qui nous occupe.

Tout partisan que je sois des larges voies quand les polypes sont volumineux ou munis de plusieurs embranchements, j'accorde volon-

tiers que pour de petits polypes à pédicule unique et étroit, on peut réussir par des opérations moins graves, à la condition de mettre à profit tous les expédients que j'énumérais plus haut.

Nous en trouvons précisément un exemple dans la communication de MM. François et Dubois. Le procédé de Manne, en pareil cas, donnerait assez de jour ; le corps du polype serait enlevé avec l'écraseur linéaire ou lo fil de platine chauffé au rouge sombre ; le moignon du pédicule serait détruit avec le galvano-cautère. La récidive serait surveillée avec le doigt et le miroir pharyngien.

En résumé, pour les gros polypes, la résection de la mâchoire ; pour les petits, la combinaison de moyens multiples et plus économiques : tels me paraissent être, dans l'état actuel de la science, les moyens les plus sûrs, ceux qu'on peut recommander aux praticiens avec le plus de certitude.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Foucher.

Séance du 1er avril 1863.

Présidence de M. Depaul.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

M. Larrey dépose sur le bureau, au nom de M. Ch. Sarrazin, une thèse d'agrégation de la Faculté de Strasbourg, intitulée : *Appréciation de la valeur des résections osseuses dans les maladies chirurgicales et de leurs indications.*

— M. Debout remet à la Société un mémoire de M. Hergott, intitulé : *Études historiques sur l'opération de la fistule vésico-vaginale.* (Commission composée de MM. Verneuil, Huguier et Foucher.)

De l'étranglement herniaire. — M. Chassaignac fait la lecture d'un mémoire sur les étranglements herniaires, dont voici les conclusions.

Conclusions. — 1° Des deux doctrines actuellement existantes touchant la cause anatomique de l'étranglement herniaire, doctrines qui reposent toutes les deux sur l'idée d'une *constriction uniformément circulaire*, soit par les *anneaux fibreux*, soit par le *collet du*

sac, aucune ne peut soutenir le contrôle des faits rigoureusement observés.

2° La cause initiale de l'étranglement réside presque constamment aux anneaux aponévrotiques, sous la forme d'une vive arête tranchante, qui, à travers le collet du sac, produit sur l'intestin, plus ou moins congestionné, plus ou moins tassé dans le sac, une sorte *d'encochure*. Cette encochure est analogue à celle qu'imprimerait la partie étroite d'une bague chevalière sur un doigt tuméfié, analogue aussi à l'empreinte qu'une ligature d'artère sur un rouleau de sparadrap trace sur les tuniques vasculaires du côté que ne protége pas le rouleau.

3° Je ne tiens pour étranglée que la hernie qui s'accompagne de *l'interception complète* de la perméabilité intestinale, et qui se caractérise cliniquement par le *vomissement des matières de l'intestin grêle :* je dis de l'intestin grêle, parce que, pour mon compte, je n'ai jamais vu et je ne crois pas qu'on ait jamais vu le rejet par vomissement des matières du gros intestin, et j'ajoute que tantôt les matières de l'intestin grêle ont l'odeur fécale, ce que j'attribue à un phénomène d'imbibition, et que tantôt elles ne l'ont pas.

4° Rien n'est rare comme une hernie qui sans aucun acheminement ou essai préparatoire se produit tout d'un coup et s'étrangle immédiatement après. Toute hernie qui s'étrangle existait déjà depuis une date plus ou moins reculée, soit à l'état d'évidence, soit à l'état inaperçu. Cette existence antérieure à l'étranglement donne la clef de certaines modifications anatomiques locales, préparées à l'avance, et qui se rapportent à la préformation de la fossette ou du nid de la hernie, à la configuration en forme de bague de l'anneau herniaire, à la juxtaposition intime du collet avec l'arête, à la forme sigmoïdale de la hernie.

5° Parmi les causes de la configuration sigmoïdale ou coudée des hernies, il faut noter : 1° L'inégale résistance que présentent dans leurs différents points les parois de l'espace au sein duquel se développe la hernie ; 2° la pesanteur des parties herniées ; 3° la rénitence des enveloppes externes, qui refoulent contre le bord des orifices aponévrotiques les viscères déplacés.

6° La coudure des hernies, résultat de la configuration sigmoïdale que présente généralement ce genre de tumeurs, exerce une notable influence sur le début de l'étranglement, en devenant une cause de gêne pour le trajet des matières.

7° Dans un grand nombre de hernies parfaitement étranglées, aussitôt que le sac est ouvert, et antérieurement à tout débridement, on peut faire pénétrer dans le péritoine, par l'intérieur du collet du sac,

une algalie de volume ordinaire, pourvu qu'on la fasse glisser sur le côté du pédicule intestinal, qui ne répond pas à la vive arête.

8° Lorsque l'étranglement d'une hernie a duré assez de temps pour laisser des traces de son existence à la surface de l'intestin, ces traces ne sont jamais uniformément circulaires ; elles sont localisées plus fortement sur un point, plus faiblement sur les autres.

9° Le point le plus altéré sur le pédicule d'une hernie étranglée correspond toujours à la partie la plus tranchante de l'anneau aponévrotique.

10° Presque jamais dans la hernie étranglée on ne constate l'existence d'un collet de sac libre et mobile, jouant à l'intérieur de l'anneau. Il y a toujours un *point de juxtaposition* étroite et serrée entre le collet du sac et l'anneau. Ce point se rencontre toujours à la vive arête.

11° Tout débridement qui n'a pas pour effet de relâcher la vive arête fibreuse, soit en portant directement sur elle, soit en agissant dans sa proximité immédiate, est un mauvais débridement; il n'est pas efficace. La hernie reste accrochée alors même que l'anneau vient d'être sensiblement agrandi.

12° L'étranglement d'une hernie n'implique nullement la nécessité d'une constriction circulaire; mais, comme on ne saurait nier qu'il y ait dans certains cas une constriction de ce genre, il convient d'admettre deux expressions anatomiques possibles de l'étranglement : 1° l'encochure par vive arête ; 2° la constriction annulaire pure.

13° Les hernies, en très-grande majorité, s'étranglent parce qu'elles se coupent en quelque sorte sur une arête tranchante appartenant aux anneaux.

Cela se prouve :

1° Par la réductibilité de certaines hernies étranglées débridées à l'extérieur du sac;

2° Par l'existence de hernies étranglées qui n'ont pas de sac (hernies akystiques) et par certains modes d'étranglement interne;

3° Par la perméabilité du collet du sac sur l'un de ses points avant tout débridement;

4° Par la concentration localisée de l'empreinte tracée sur le pédicule de la hernie, contrairement à l'existence d'une empreinte circulaire, qui dans les données des théories anciennes devrait constamment se rencontrer.

M. TRELAT. Le travail étendu de M. Chassaignac se compose de faits dont je ne veux en aucune manière contester l'exactitude, et de déductions théoriques qui me semblent moins faciles à accepter. No-

tre collègue cherche à prouver que l'étranglement par le collet du sac ou par les anneaux fibreux ne rend pas compte de tous les cas, et qu'il faut en conséquence découvrir un nouvel agent d'étranglement. Il croit l'avoir trouvé dans ce qu'il nomme la *vive arête* de l'orifice herniaire.

Pour établir le rôle de cette vive arête, M. Chassaignac reconnaît l'étranglement à ses signes cliniques : interruption du cours des matières, vomissements de matières intestinales, etc. ; il opère, constate quela hernie n'est point serrée par un anneau ou un collet, puisqu'on peut introduire dans l'orifice une sonde ou le bout du doigt, et cependant l'intestin est bridé, parfois même coupé par le bord tranchant d'une portion de l'ouverture normale ou accidentelle.

Je dis que ce n'est pas là un étranglement véritable, mais une des formes de l'entéro-péritonite herniaire avec ulcération plus ou moins avancée de la paroi intestinale.

Il ne saurait y avoir étranglement là où on peut faire passer un corps d'un volume notable; l'étranglement suppose de toute nécessité une constriction d'une énergie variable, mais toujours effective; et définir cet état pathologique par ses symptômes cliniques, c'est s'exposer, ainsi que l'a prouvé M. Malgaigne, et après lui M. Broca, dans sa thèse de concours, à confondre des lésions qui ont pour résultat commun d'intercepter le cours des matières fécales, mais qui diffèrent par leur nature et leur origine.

Une des plus communes, c'est l'inflammation, dont la rapidité et l'intensité varient suivant les cas; elle suffit parfaitement à expliquer les faits observés par M. Chassaignac, si on veut admettre, ce qui me paraît évident, que la rainure de l'intestin est due, non à un effet mécanique, mais à l'ulcération. Celle-ci se produira sûrement beaucoup plus vite sur les points où l'intestin est en contact avec un bord mince que là où il repose sur une surface aplanie.

J'ai eu tout récemment l'occasion de vérifier ce que j'avance ici : une femme succomba, dans le service de M. Guérin que je remplace, à une hernie crurale, ayant offert des symptômes subaigus d'étranglement, vomissements rares, suppression incomplète des garde-robes. Au bout de dix jours, un épanchement de matières fécales dans le péritoine amenait une mort rapide.

A l'autopsie, nous trouvâmes une hernie crurale sortie par le fascia crebriformis, très-près du bord antérieur du ligament de Gimbernat. On pouvait aisément introduire le petit doigt entre l'anse intestinale et l'orifice herniaire, le bout inférieur était rétracté et absolument sain, mais le bout supérieur était coupé par l'ulcération dans les deux tiers de sa circonférence au point où il se coudait sur le

bord aponévrotique, et les preuves que l'ulcération seule était ici en cause, sont fournies par l'état de l'anse intestinale, qui était rouge, vascularisée, mais sans aucune tendance à la gangrène; par les adhérences régulièrement établies autour de la perforation ulcéreuse et dont la rupture partielle détermina l'épanchement stercoral; enfin, par la marche lente des accidents, qui témoignait d'un travail pathologique progressif plutôt que d'une lésion brusque, absolue comme l'étranglement vrai.

Pour résumer mon argumentation, je dirai : L'étranglement supposant un agent constricteur quelconque, les faits observés par M. Chassaignac ne se rapportent pas à l'étranglement, puisque l'intestin n'était pas serré; il n'est donc pas nécessaire d'évoquer une théorie nouvelle pour expliquer des lésions dont le développement est facile à concevoir, si on les rapporte à l'inflammation ulcérative.

M. CHASSAIGNAC. J'ai cru devoir définir l'étranglement, parce qu'on s'entend mal sur ce mot. J'ai donc cherché à établir que les hernies étranglées sont celles qui, au lit du malade, s'accompagnent de vomissements et de l'arrêt des matières intestinales. Pour moi, ces deux caractères sont absolus. M. Trélat dit, et c'est là un des points sur lesquels nous sommes en désaccord, que dans les hernies simplement enflammées il peut y avoir des vomissements et arrêt des matières; je ne crois pas que cela soit exact.

On a considéré l'étranglement comme étant le résultat d'une constriction produite par le gonflement de l'intestin; mais je ne sache pas qu'on ait dit qu'une simple encochure sur l'intestin puisse suffire pour arrêter la circulation des matières intestinales.

Toujours est-il que quel que soit le mécanisme de l'étranglement, c'est sur l'anneau fibreux qu'il faut porter le débridement. Si, dans la hernie crurale, par exemple, on se contente d'inciser le fascia cribriformis, on ne peut réduire. Du reste, la constriction produite par les anneaux fibreux n'est pas régulière ni complétement circulaire. Je viens de vous communiquer un cas qui est un exemple remarquable de cette disposition, puisqu'après l'incision du sac j'ai pu introduire une sonde cannelée sur l'un des côtés de l'intestin.

Je veux encore faire remarquer que les hernies que nous opérons sont celles dans lesquelles l'étranglement est présumé plutôt que démontré, parce que l'expérience a prononcé et a appris que lorsque certains accidents se manifestent, l'opération est indiquée.

Quant aux ulcérations de l'intestin, je crois que l'inflammation est consécutive à leur production, et n'est comme elles qu'un effet de

l'étranglement, et je suis même surpris qu'on ne trouve pas plus souvent des traces d'inflammation.

M. TRELAT. Il est cependant important de définir l'étranglement. Or, la définition anatomique qui consiste à considérer l'étranglement comme produit par une constriction circulaire est la seule possible; et quand il existe un point qui permet le passage d'une sonde entre l'anneau et l'intestin, il n'y a pas d'étranglement.

M. CHASSAIGNAC. Je ne connais que deux doctrines de l'étranglement, celle qui consiste à le considérer comme ayant lieu par les anneaux, et celle qui l'explique par le collet du sac. On a pensé que la constriction était circulaire ; j'admets qu'elle peut être latérale , et il faut bien le dire , dix-huit fois sur vingt ce sont les anneaux qui étranglent. Je repousse la définition anatomique de M. Trélat , parce qu'au lit du malade elle ne peut être d'aucun secours , et que d'ailleurs la constriction n'est pas nécessaire pour qu'il y ait étranglement ; car la vive arête dont je parle constitue un obstacle suffisant.

— La Société est appelée à voter sur la demande de M. Gosselin , tendant à obtenir le titre de membre honoraire.

A l'unanimité , M. Gosselin est nommé membre honoraire de la Société.

Luxation double de la mâchoire inférieure. — M. DEMARQUAY montre un exemple de luxation double de la mâchoire inférieure et remet la note suivante.

Le nommé M..., âgé de trente-deux ans, marchand à la halle, était adonné depuis longtemps à l'usage de l'absinthe.

Ce malade, au dire d'une personne de sa connaissance, avait l'habitude de se luxer le condyle droit et de se montrer dans cet état à ses voisins, puis il réduisait lui-même cette luxation partielle.

Le 18 mars, soit à la suite d'un essai de cette sorte, soit dans un effort fait pour soulever un fardeau (cette dernière supposition paraîtrait la plus probable, si on s'en rapporte aux paroles d'ailleurs fort incohérentes du malade), il se produit une double luxation, qui cette fois persiste.

Le 19, des tentatives de réduction sont faites à l'Hôtel-Dieu, mais sans résultat. C'est à ce moment, probablement sous l'influence de la douleur, que se produit le premier accès de delirium, qui du reste ne tarde pas à cesser.

Le 20, le malade entre dans l'après-midi à la Maison municipale de

santé. Il répond alors, mais d'une manière assez incomplète, aux questions qu'on lui fait, et semble surtout dominé par une idée de persécution.

On peut facilement constater les symptômes classiques de la luxation double de la mâchoire : proéminence antérieure du maxillaire inférieur, incisives inférieures dépassant les supérieures, molaires ne se correspondant plus aux deux mâchoires, les inférieures dépassant de la moitié les supérieures; impossibilité de fermer la bouche; excavation des joues, tension des masséters, déplacement des condyles et des apophyses coronoïdes. Il en est de même des troubles fonctionnels : impossibilité ou grande difficulté de la parole, de la mastication, de la déglutition.

Le soir du même jour, les troubles cérébraux augmentent; le malade, en proie à des hallucinations de la vue et de l'ouïe, cherche à se lever et lutte toute la nuit.

Le 21 au matin, la réduction s'opère assez rapidement par une pression exercée successivement sur l'apophyse coronoïde droite, puis sur la gauche.

Tous ces symptômes physiques et physiologiques cessent du côté de la mâchoire et de la bouche; mais le malade continue à délirer. Malgré l'usage de l'opium continué d'heure en heure, l'agitation persiste toute la journée, ainsi que les hallucinations. Ces symptômes sont surtout portés à leur summum vers les sept heures du soir; puis, après cette crise ultime, le malade s'affaisse, tombe dans un coma complet et meurt vers les huit heures et demie du soir.

L'autopsie a eu lieu le 23 mars au matin. Le cadavre présentait déjà un état assez avancé de putréfaction.

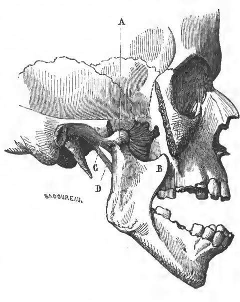
Coloration bleuâtre et œdème général des téguments. Tous les tissus sont imbibés de sérosité roussâtre.

Encéphale. Les méninges n'offrent rien de spécial. Le cerveau et le cervelet présentent une injection très-prononcée, mais sans autres désordres appréciables.

La consistance du cerveau est normale.

Peu de temps après la mort, la luxation a été reproduite, afin de pouvoir étudier les choses dans un état favorable. J'ai disséqué complétement l'articulation temporo-maxillaire du côté droit pour étudier convenablement l'articulation luxée avec les ligaments qui l'entourent; du côté gauche, au contraire, j'ai laissé les muscles intacts afin de bien faire voir l'apophyse coronoïde recouverte du tendon du

muscle temporal. Voici le résultat de la dissection, qu'il sera facile de suivre sur la figure nº 1. On peut voir sur cette pièce que le condyle A a subi un déplacement considérable ; ce déplacement a été déterminé exactement, et il est de 4 centimètres. Le condyle a complétement quitté la cavité glénoïde, et il est venu se placer au-devant de la partie transverse de l'apophyse zygomatique ; de plus, il s'est un peu élevé dans la fosse zygomato-maxillaire, circonstance



dont il faut tenir compte dans la réduction de ces luxations. Cette circonstance explique aussi les luxations en haut signalées par M. Robert. Le disque inter-articulaire, dans le transport du condyle, suit cette surface articulaire jusqu'au niveau de la partie transverse de l'arcade zygomatique ; mais arrivé là, ce disque reste fixe, et sur cette partie fibro-cartilagineuse devenue fixe glisse le condyle ; alors le cartilage se place entre le condyle et l'apophyse transverse, et arrête le condyle dans sa position nouvelle. La capsule articulaire C, ainsi que le ligament latéral interne, n'ont subi aucune solution de continuité. La direction du ligament latéral externe a changé. Les ligaments sphéno-maxillaire D et stylo-maxillaire sont légèrement tendus au moment de la dissection, tandis que les muscles masséters, ptérygoïdiens internes et temporaux le sont fortement ; leur contraction violente avait d'ailleurs été constatée au moment de l'entrée du malade et de la réduction de la luxation. Sur cette même figure, on voit l'apophyse coronoïde B portée au-dessous et un peu en avant de la partie inférieure de l'os ma-

laire. On verra sur la figure nº 2 cette même apophyse recouverte du tendon du muscle temporal, et de plus cette apophyse est fortement appliquée sur la partie inférieure de l'os malaire. Voilà l'état des parties telles que nous les avons trouvées à l'examen des parties luxées. Si maintenant nous nous de-



mandons quelles étaient les causes qui s'opposaient à la réduction de cette luxation, il nous a paru très-clair et très-évident que la difficulté de la réduction dans ces luxations tenait surtout :

1° Au déplacement considérable du condyle et à l'interposition du disque inter-articulaire entre le condyle et la partie transverse de l'arcade zygomatique.

2° Les ligaments étaient bien tendus, mais leur tension était faible, et ne pouvait porter un obstacle sérieux à la réduction.

3° L'apophyse coronoïde n'était pas accrochée par la partie inférieure de l'os malaire; mais cette partie, recouverte du tendon du muscle temporal, était fortement appliquée contre la partie inférieure de l'os de la face, comme cela se voit parfaitement dans la deuxième figure.

Je viens d'exposer les faits tels que la dissection me les a montrés. Je ne veux pas discuter ici toutes les théories qui ont été faites sur les difficultés de la réduction de la mâchoire inférieure. La pièce est déposée au musée Dupuytren, où chacun pourra la voir. D'ailleurs, les dessins de M. Léveillé, que nous reproduisons ici, donnent une idée exacte du fait.

— A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire annuel, Foucher.

Séance du 8 avril 1863.

Présidence de M. Richet, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Fournier (d'Angoulême) adresse un travail intitulé *Quelques observations à propos d'une opération de hernie étranglée.*

Blessures multiples à la tête, à la face et à la poitrine. — M. LARREY présente un sergent infirmier-major qui lui a été adressé du Mexique par le docteur Fuzier, médecin en chef de l'hôpital de la Vera-Cruz, comme un exemple de blessures multiples par instrument tranchant et contondant. Voici le résumé de l'observation :

Ce sous-officier, nommé P..., encore jeune et de bonne constitution, rejoignait vers le soir un convoi de blessés le 2 décembre 1862, lorsque près de Téferia, s'étant écarté de la route pour se rafraîchir à une mare voisine, il fut attaqué à l'improviste par six guérillas, et reçut plusieurs coups de hachette sur la tête, deux coups de poignard à la poitrine, et fut jeté sans connaissance dans l'eau.

Revenu à lui après avoir perdu beaucoup de sang, il parvint, malgré la gravité de ses blessures, à faire 2 kilomètres à pied pour rejoindre le chemin de fer de Vera-Cruz, où il reçut de M. Fuzier les secours les plus efficaces.

Il avait à la tête et à la face, outre plusieurs plaies superficielles, sept plaies largement ouvertes, avec dénudation, fracture ou ablation partielle des os : la première, de 7 centimètres, au sinciput, en s'étendant à droite ; la deuxième au-dessous, parallèle à celle-là ; la troisième, de 10 centimètres, à la région occipitale ; la quatrième à la région frontale droite, de 9 centimètres, ayant intéressé toute l'épaisseur du crâne, dont une large portion détachée complétement offre à sa face interne le sillon de l'artère méningée, en même temps que la dure-mère, mise à nu, était soulevée par les pulsations du cerveau, isochrones à celles du cœur ; la cinquième sur le côté gauche de la face, depuis l'oreille jusqu'au-dessous du nez, avec section de l'os malaire ; la sixième, de 9 centimètres, au-dessus de l'arcade sus-orbitaire, avec ablation aussi d'une portion étendue de la table externe de l'os ; la septième enfin, de 6 à 7 centimètres, au-dessous de

l'œil droit. Le blessé avait reçu, en outre, à la poitrine, deux coups de poignard qui avaient glissé sur la huitième côte droite, et des contusions plus ou moins profondes sur diverses parties du corps.

Les plaies de la tête et de la face avaient beaucoup de gravité par leur nombre, par leurs complications immédiates, par l'hémorrhagie surtout, par la perte de substance du crâne et par les dangers de l'inflammation. Plus d'une chance de mort était ainsi à craindre.

Mais l'extraction des pièces osseuses détachées, l'emploi des bandelettes adhésives et d'un appareil contentif imbibé d'eau fraîche, à l'exclusion des sutures, l'application de la glace sur la tête, et les soins préventifs de la réaction inflammatoire, suffirent à en modérer le développement et à favoriser la cicatrisation sans difformité. La perte de sang elle-même, en assez grande abondance, a pu contribuer à cet heureux résultat, favorisé aussi par la bonne direction du traitement et par l'énergie morale du blessé, dont la position nous inspire le plus grand intérêt.

DISCUSSION.

M. MARJOLIN. Je veux faire remarquer que M. Fuzier a fait ressortir à juste titre les avantages de la réunion des plaies de la tête au moyen des bandelettes agglutinatives. Souvent dans les hôpitaux on emploie la suture en pareil cas, et c'est, selon moi, une mauvaise pratique qui entraîne des accidents de plusieurs sortes, et entre autres ceux de l'étranglement. Les bandelettes n'ont pas les mêmes inconvénients, et je vois avec plaisir que leur emploi est de nouveau recommandé.

M. LARREY, comme M. Marjolin, se déclare assez partisan de la réunion des plaies de tête par les bandelettes agglutinatives, et il rappelle que la généralisation de cette pratique, substituée à l'emploi des sutures, appartient à un ancien chirurgien en chef du Val-de-Grâce, à Gama, qui en a longuement exposé les avantages dans son *Traité des plaies de tête et de l'encéphalite*. Il était peut-être même trop exclusif à cet égard, en faisant de l'application des bandelettes circulaires sur le crâne un principe à peu près absolu d'inamovibilité. On peut craindre quelquefois, par exemple, que ces bandelettes n'exercent sur le cuir chevelu une constriction trop forte, ou que la substance emplastique ne provoque l'érysipèle.

M. Larrey a souvent substitué aux agglutinatifs de simples bandelettes de linge imbibées d'eau fraîche et maintenues en place par un bandage contentif garni de petites éponges. C'est plus particulièrement dans les plaies de la face qu'il a employé ce moyen, comme il l'a fait récemment encore chez un jeune homme atteint d'une large

et profonde plaie contuse s'étendant d'une joue à l'autre, avec division transversale du nez. L'usage des sutures lui semble enfin devoir être plus restreint qu'il ne l'est d'ordinaire, sans être toutefois abandonné pour la réunion des plaies accidentelles de la face.

M. CHASSAIGNAC. Depuis très-longtemps j'ai pris l'habitude de panser les plaies de tête avec les cuirasses faites au moyen des bandelettes, et c'est une dépendance du pansement par occlusion ; j'ai toujours obtenu ainsi d'excellents résultats. Parmi les faits curieux que j'ai observés, je citerai celui d'une femme qui avait reçu treize coups de hache sur la tête, et dont le cuir chevelu était tailladé dans tous les sens. Le pansement par occlusion fut appliqué pendant quinze jours, et à ce moment les plaies étaient cicatrisées. Il me paraît très-utile d'éviter la suppuration abondante dans ces sortes de plaies, car je crois avoir remarqué que la contusion du cerveau qui les accompagne n'entraîne la suppuration qu'autant qu'il en existe à l'extérieur.

M. GIRALDÈS. Je crois que l'on établit une certaine confusion dans cette question du traitement des plaies de tête. On doit distinguer les cas. Les plaies par instruments tranchants se réunissent mieux par la suture en surjet ou la suture métallique ; mais les plaies contuses ne doivent être réunies d'aucune façon, et Lisfranc insistait beaucoup sur ce précepte.

M. LEGOUEST. Ainsi que M. Larrey l'a rappelé, Gama conseille de réunir les plaies de tête par les bandelettes ; il faisait un véritable pansement par occlusion, qu'il ne levait jamais à moins d'indications particulières. Je suis cette pratique dans tous les cas.

RAPPORT.

Cas de résection sous-périostique de la mâchoire inférieure. — M. FORGET. Le mémoire de chirurgie dont j'ai à vous rendre compte a pour titre : *De l'ablation complète intra-buccale et sous-périostique de la mâchoire inférieure*, par le professeur Rizzoli. Ce mémoire et le sujet de l'opération, parfaitement guéri, ont été présentés à l'Académie des sciences de l'Institut de Bologne en janvier 1863.

L'auteur débute par un exposé historique de la double question se rapportant d'une part à la résection de la mâchoire inférieure, et d'autre part à la faculté ostéogénique du périoste.

Il établit sur une simple affirmation, et sans indication des textes qui puissent permettre de vérifier l'exactitude de son assertion, que l'on trouve de merveilleux exemples, *meravigliosi esempi*, de résection de la mâchoire inférieure dans Hippocrate, Rhazès, Runge,

Goock, Moscque, Bourlin, il ajoute que cette opération, dans un temps moins éloigné de nous, *in tempi a noi più vicini*, a été pratiquée par Fischer, Mursinna et Wepfer avant Dupuytren, dont la première résection date de 1812.

En l'absence de preuves démonstratives à l'appui de l'assertion de M. Rizzoli, il nous sera permis de maintenir en faveur de la chirurgie française le droit jusqu'alors incontesté qu'on lui reconnaît à la priorité de cette importante innovation, qui a si heureusement étendu le champ de la médecine opératoire.

Que de toute antiquité l'on ait extrait par l'intérieur de la bouche des fragments osseux détachés du corps de la mâchoire par un travail pathologique quelconque, cela est possible et même vraisemblable : mais en quoi, je le demande, un acte chirurgical de cette nature peut-il être comparé à l'opération que Dupuytren le premier conçut au commencement de ce siècle, et qu'il exécuta avec succès ? A coup sûr, il n'existe entre l'une et l'autre aucun rapport de filiation, et l'assertion de M. Rizzoli à cet égard ne saurait se justifier.

Préoccupé surtout des dangers qui se rattachent à la résection de l'os maxillaire inférieur au moyen des incisions extérieures, *le esterne incisioni*, M. Rizzoli dit que Signoroni montra qu'on pouvait les éviter par un procédé opératoire imaginé par lui, et qui consiste, ainsi qu'il est dit au texte de l'auteur, à énucléer par la voie de la bouche (*snucleare per la via della bocca*) la portion malade de la mâchoire.

Ce procédé opératoire, ajoute l'auteur, doit son importance surtout aux études qui postérieurement ont été faites sur la faculté ostéogénique du périoste.

Abordant alors cette intéressante question de pathologie et de physiologie, qui a été dans ces derniers temps reproduite avec éclat au sein de l'Académie des sciences, M. Rizzoli s'étonne que l'on paraisse oublier les travaux des chirurgiens qui nous ont précédés, et il revendique en leur faveur l'honneur de cette importante découverte. Il rappelle les travaux de Gabriel Fallope, de Colombo, de Malpighi, de Grevio et de Duhamel; puis ceux de Daubenton, de Lassone, Petit, Monro, Fougeroux; il rend à Troja la juste part qui lui est due dans ce concours de recherches aboutissant toutes à un but commun, celui de prouver que *très-spécialement le périoste est le grand organe qui prépare les sucs pour la formation, l'accroissement et la réparation des os.*

A cette occasion, il rappelle qu'en 1765 Galvani, Bazzani et Spallanzani répétaient les expériences de Duhamel, dont ils étaient contemporains, et qu'ils obtenaient des résultats identiques avec ceux qu'avait annoncés le physiologiste français.

Abordant un ordre de faits plus voisins de notre époque, M. Rizzoli rappelle que le professeur Alessandrini publiait en 1836 une observation démontrant la reproduction d'une côte : cette observation se trouve insérée dans un ouvrage intitulé : *Michaelis medici. De nova quadam costæ reproductione observatio. Novi commentarii Academiæ scientiarum instituti Bononiensis. Tome II. Bononiæ*, 1836. Il cite en outre les travaux du professeur Marco Paolini et du professeur d'anatomie Luigi Calori, ayant pour objet d'étudier la nutrition des os, au moyen de leur coloration par la garance chez les oiseaux, et la reproduction de l'appendice caudal chez les sauriens, travaux qui ont eu pour résultat, dit l'auteur, de jeter une vive lumière sur le mécanisme de la genèse des os. Tous ces travaux et ces diverses expériences, qui datent des années 1859 et 1862, sont publiés dans les *Mémoires de l'Institut de Bologne.*

Mais au nombre des expérimentateurs italiens on ne peut à coup sûr oublier, ajoute M. Rizzoli, Monteggia, et méconnaître qu'il contribua surtout à illustrer cette branche importante de la physiologie, en même temps qu'il appliquait la résection sous-périostée au traitement de la nécrose. (Monteggia, *Istituzioni chirurgiche;* Milano, de 1802 à 1816.)

Dans ses observations cliniques sur l'ostéogénie périostale qui portèrent successivement sur la plupart des os du squelette affectés de nécrose, Monteggia insistait plus spécialement sur une indication thérapeutique qu'il regardait comme des plus importantes, et qui consiste à savoir temporiser le plus possible lorsqu'il s'agit de réséquer un os nécrosé. En sachant attendre que le périoste épaissi soit détaché de l'os ancien, que celui-ci soit réduit à l'état d'un véritable séquestre, et qu'ainsi le mort soit séparé du vif, l'opération est plus facile, la reproduction de l'os mieux assurée, et le danger de voir la nécrose se reproduire dans les moignons de résection, ainsi que cela s'observe quand celle-ci est faite prématurément, est évité autant que possible.

Continuant cet exposé historique de la question et la considérant sous toutes ses faces, M. Rizzoli ne se borne pas à revendiquer pour la chirurgie italienne, et plus particulièrement pour l'Ecole bolonaise, une part considérable dans la découverte et la vulgarisation de la doctrine ostéogénique, ainsi que dans l'application de cette doctrine à la chirurgie au moyen des résections sous-périostées. Il prétend encore que l'évidement des os était pratiqué par le professeur Baroni, tant dans sa pratique particulière qu'à l'hôpital Provincial : « Il conservait, dit-il, non-seulement le périoste, mais bien encore les portions extérieures de l'os qui se maintenaient saines ; » puis il ajoute :

« De la même manière que le fait aujourd'hui M. Sédillot; *In quella guisa che consiglia oggi il Sedillot.* » Il ajoute enfin que pour pratiquer cette opération, le professeur Baroni se servait d'un couteau de l'invention du professeur Giovannini, et qui fait partie de son appareil très-ingénieux, le trépan-scie.

Enfin, dès l'année 1839, le professeur Alessandrini aurait présenté à l'Académie de Bologne une portion de clavicule et un tibia dont l'ablation aurait été suivie d'une complète reproduction de l'os enlevé. Ajoutons qu'avant de clore cette liste de chirurgiens bolonais dont les travaux auraient, suivant M. Rizzoli, exercé une influence décisive sur l'extension de la méthode de résection sous-périostée, il rappelle qu'il l'a lui-même appliquée dans des cas nombreux de nécrose ou de carie dont il présente les pièces anatomiques à ses collègues; puis, comme conclusion à cette revue historique, il déclare que c'est justice, *giustizia*, de reconnaître que bien peu de chirurgiens parmi les modernes ont autant que l'Ecole de Bologne, *la scuola nostra*, contribué à étendre et à vulgariser *le pratiche applicazioni*, la pratique de l'opération dont il s'agit.

Peut-être trouvera-t-on que M. Rizzoli est un peu sévère pour les chirurgiens ses contemporains qui n'ont pas l'avantage d'être ses compatriotes; mais au point de vue où il s'est placé, on comprend qu'il n'ait fait jusqu'ici aucune mention de leurs travaux, puisque suivant lui ils viendraient, dans l'ordre chronologique, postérieurement à ceux dont il nous a entretenus. Disons cependant qu'avant de terminer cet historique des résections sous-périostées, il cite, dans un court alinéa de son mémoire, les noms de vingt-sept chirurgiens et physiologistes dont les recherches expérimentales et les études cliniques ont aussi concouru aux progrès en cette matière.

Abordant le côté vraiment clinique de son sujet dans la seconde partie de son travail, M. Rizzoli rappelle à ses collègues de l'Institut de Bologne qu'il a enlevé chez trois individus, par l'intérieur de la bouche, la moitié de l'os maxillaire affecté de nécrose, et chez l'un des trois, avec le condyle articulaire. Le périoste conservé reproduisit la portion d'os enlevée.

Il termine en donnant *in extenso* une quatrième observation qui est un exemple curieux d'ablation de la totalité de l'os maxillaire inférieur par l'intérieur de la bouche, sans aucune incision préalable des parties molles de la face.

J'ai pensé que cette observation méritait d'être reproduite, et qu'elle intéresserait la Société. Voici le fait dont il s'agit, brièvement résumé.

Nécrose de la mâchoire inférieure : ablation de l'os entier avec conservation du périoste par l'intérieur de la bouche ; guérison et repro-

duction de l'os enlevé. — Angelo Z..., Bolonais, âgé de cinquante-six ans, sans antécédent de scrofules ou de syphilis, ayant l'habitude de la pipe, perruquier de son état, commença en 1849 à s'occuper de la fabrication des allumettes phosphoriques, toutefois sans y prendre une grande part, mais il habitait la fabrique.

En 1852, il eut la mâchoire inférieure fracturée par un coup de barre de fer, à 3 centimètres de son angle ; la consolidation se fit avec perte de deux dents. Depuis cette époque Z... continua à ressentir des douleurs dans cette mâchoire, qui, au commencement de 1860, se tuméfia beaucoup. Z... entra à la Clinique en avril 1861, où « nous constatâmes, dit M. Rizzoli, que le maxillaire était menacé de nécrose. » Un traitement approprié donna issue au pus, et au bout de cinquante-deux jours le malade soulagé, et se flattant d'une prochaine guérison, quitta l'hôpital pour y rentrer en 1862 dans de pires conditions.

La nécrose du maxillaire a fait de rapides progrès ; l'os est en partie détaché et isolé du périoste épaissi et engorgé ; la suppuration est abondante et s'écoule par de nombreux orifices fistuleux ; toutes les dents manquent, et le malade, fort amaigri, ne peut qu'avec peine prendre des aliments liquides.

Pour obvier à cet état dont on ne pouvait se dissimuler la gravité, M. Rizzoli procéda à l'opération de la manière suivante. Voici la description qu'il en donne :

« Le 29 janvier 1862, le malade fut transporté à l'amphithéâtre, assis commodément devant le jour, la tête appuyée et maintenue contre la poitrine d'un aide ; sans chloroformisation préalable, je divisai la muqueuse et le périoste, avec un bistouri à lame courte et convexe, sur les rebords dentaires, taillant ainsi un lambeau antérieur et un postérieur. Puis m'aidant du bistouri, du doigt et d'une spatule, je détachai à droite les attaches du périoste avec l'os, en m'avançant du milieu de la mâchoire, que je trouvai rompue, jusqu'à la branche qui se reconnaissait nécrosée et que je pus isoler, par de petites incisions, du périoste épaissi ; les attaches du muscle temporal purent aussi être détruites avec le doigt. Ainsi isolée jusqu'à son articulation, pour énucléer cette moitié de la mâchoire sans recourir au périlleux emploi de l'instrument tranchant, je m'en tins à mon procédé ordinaire, et tenant fermement avec la main droite le moignon, c'est-à-dire la moitié du maxillaire, je lui fis exécuter de légers mouvements en spirale, au moyen desquels le condyle se détacha avec une grande facilité de l'appareil ligamenteux.

M. Rizzoli procéda ensuite de la même manière du côté opposé ; mais arrivé au niveau de la branche de l'os, il s'aperçut qu'il était sain et que la désarticulation de ce côté était contre-indiquée. Il dut

dès lors réséquer le maxillaire avec un ostéotome et enlever la portion malade.

La nécrose s'étant reproduite dans la branche restée en place, notre confrère dut l'extraire consécutivement par les mêmes manœuvres qui lui avaient si bien réussi pour l'extirpation de l'autre moitié de la mâchoire.

Quant aux suites de cette double opération, si l'on en excepte un peu de difficulté à avaler les boissons et les potages liquides, aucune particularité ne se manifesta. Une reproduction complète et régulière de la mâchoire et de l'appareil ligamenteux eut lieu, au point, dit M. Rizzoli, de permettre à l'opéré de mâcher comme avec une mâchoire normale privée de dents.

« La preuve en est, ajoute l'auteur, dans la présentation que je fais à l'Académie de la mâchoire entièrement enlevée de son siége naturel et de l'opéré que je soumets à votre examen. Vous y trouverez le premier exemple heureux d'une opération que le cœur des chirurgiens désirait ardemment, mais qu'aucun n'avait encore osé mettre à exécution. »

Je pourrais, je devrais peut-être, me renfermant dans mon rôle d'historien, me borner exclusivement à ce compte rendu du mémoire renvoyé à mon examen, et réserver pour un autre lieu les réflexions qu'il m'a suggérées et qui ont dû se présenter à vos esprits. Cependant, sans entrer dans la discussion que comporterait ce travail, et qui devrait nécessairement embrasser toutes les questions si complexes qui se rattachent à la doctrine de l'ostéogénie périostique et aux applications chirurgicales qui en ont été déduites, il me sera permis de faire remarquer que cette dernière et curieuse observation de M. Rizzoli, qui renferme un si précieux enseignement pour l'étude clinique de la nécrose, ne résout pas mieux que la plupart des faits analogues qui ont été publiés dans ces dernières années, le problème de chirurgie expérimentale posé par M. Flourens d'une façon si nette et si absolue dans cette proposition ainsi formulée : « *Enlevez l'os en conservant le périoste, et le périoste conservé vous rendra l'os.* »

Cette proposition en effet, et je l'ai dit ailleurs en 1861, était le corollaire d'expériences pratiquées sur les animaux qui ne pouvaient présenter aucune des conditions où s'est trouvé le malade opéré par l'habile chirurgien de Bologne.

Dire que dans la nécrose le périoste est l'agent de production du nouvel os, c'est énoncer un phénomène bien connu de tous, et dont l'accomplissement est lié à une disposition anatomo-pathologique depuis longtemps bien étudiée.

Caractérisée par l'accroissement spontané de vitalité et de nutrition

du périoste, cette disposition a pour résultat l'ossification substitutive de cette membrane, en même temps que la séquestration de l'os ancien, dont la nature médicatrice prépare l'extraction artificielle en faisant en quelque sorte tous les frais d'une résection dont elle pose elle-même l'indication que de tout temps les chirurgiens ont su remplir.

Ce n'est donc pas pour des circonstances pathologiques de cette nature que la proposition de M. Flourens a été formulée, et pour qu'elle tienne les promesses qu'elle renferme, il faut que la résection sous-périostée intervienne avec succès dans un ordre de faits différents.

Ce problème, encore à l'étude, ne sera, suivant moi, définitivement résolu qu'autant que cette méthode, appliquée aux divers cas d'ostéite, au traitement des tumeurs blanches, des pseudarthroses, des lésions traumatiques ou spontanées des diverses portions du squelette, aura eu pour résultat clinique la reproduction de la perte de substance des leviers osseux dont la continuité aura été ainsi rétablie par la seule puissance ostéogénique du périoste, de façon que le membre opéré retrouve sa forme, ses dimensions et ses aptitudes physiologiques.

Or ce résultat, il faut le reconnaître, est encore à trouver. Jusqu'à présent les faits d'ostéogénie périostique qui se sont produits dans le champ de la pratique chirurgicale démontrent que pour rester dans les limites du vrai il y a lieu de reviser la proposition de l'illustre secrétaire de l'Académie des sciences et de dire : que le périoste conservé rendra du *tissu osseux*, ce qui est bien différent que dire qu'il rendra l'*os enlevé*. D'ailleurs, cette recomposition d'un nouvel os ayant tous les caractères de l'os primitif, serait pour le chirurgien un luxe de reproduction qui heureusement n'est pas indispensable au but qu'il se propose, et il n'est pas besoin absolument ici que la copie égale en perfection l'original pour que la propriété ostéogénique du périoste qui a été remise en lumière par les recherches modernes ne continue d'être pour la chirurgie conservatrice un puissant auxiliaire dont le concours lui a déjà rendu d'importants services.

DISCUSSION A PROPOS DU RAPPORT DE M. FORGET.

Rôle du périoste dans la reproduction des os après les résections. — M. TRÉLAT. L'observation de M. Rizzoli est très-intéressante ; mais on persiste à confondre l'extirpation d'un séquestre avec une résection ; cependant il est bien important de ne pas laisser passer une semblable confusion. Dans la nécrose phosphorée, le périoste est séparé de l'os ; il en est éloigné par l'os nouveau ; il n'y a donc pas à

le détacher, à le décoller, et la manœuvre par laquelle on enlève l'os entouré d'un tel périoste ne saurait porter le nom de résection.

Jo suis donc d'avis que le titre donné par M. Rizzoli à son observation est inexact. Je veux aussi faire remarquer, en passant, que dans les nécroses phosphorées, les sections avec la scie sont inutiles et même dangereuses; je suis arrivé à cette conviction par l'étude de nombreuses observations consignées dans ma thèse de concours.

M. HUGUIER. Il y a cinq ou six ans, Heyfelder avait envoyé à l'Académie de médecine un mémoire sur l'amputation complète de la mâchoire avec reproduction, et il s'agissait de l'extirpation de séquestres. C'est une prétention singulière que celle qui consiste à donner le nom de *résection sous-périostée* à de pareilles ablations des nécroses. De plus, il faut bien remarquer que c'est tout autre chose que d'enlever successivement, et à des intervalles plus ou moins éloignés, les deux moitiés du maxillaire, ou d'enlever d'un seul coup tout l'os. On fait grand bruit de ces résections *sous-périostées*, je voudrais bien que l'on me montrât un os traumatiquement blessé sur lequel on eût fait cette résection sous-périostée, et qui se fût reproduit. J'ai cherché comme tant d'autres à obtenir un pareil résultat, et j'ai constamment échoué.

Qui donc a vu un os détruit par la carie se reproduire? Personne.

On trouve tout au plus des stalactites osseuses qui servent à souder les extrémités osseuses. M. Verneuil a été appelé à traiter dans mon service un individu qui s'était fracturé comminutivement le bras et l'avant-bras. Notre savant collègue réséqua 4 ou 5 centimètres de l'humérus et 1 centimètre du cubitus.

Eh bien, chez ce malade, il y a eu des accidents graves : dix ou quinze fois, il a couru des chances de mort, et aujourd'hui, après plus d'une année, il n'est pas encore guéri. Le cubitus est consolidé, mais les mouvements de pronation et de supination sont abolis; quant à l'humérus, il n'est pas consolidé, et le bras est parfaitement inutile. Rien ne s'est donc reproduit.

D'ailleurs il n'est pas toujours facile de conserver, de décoller le périoste, et tous ceux qui ont préparé des os savent qu'après le grattage le plus minutieux il reste encore des lambeaux de tissu fibreux adhérents en certains points.

M. VERNEUIL. Je veux donner quelques détails sur le fait auquel M. Huguier vient de faire allusion. Il y a environ quinze mois, un Anglais athlétique, ivre, fut roulé dans une machine à vapeur. On le conduisit à l'hôpital Beaujon, et là je le trouvai avec le bras et l'avant-bras tellement mutilés, que les extrémités osseuses pointues sortaient par plusieurs points. La contention était impossible. Il y

avait lieu de songer à la désarticulation primitive de l'épaule ; je reculai devant cette opération, qui me paraissait devoir être presque certainement mortelle. Je fis donc la résection des quatre extrémités fracturées, et quand j'eus ainsi supprimé les pointes osseuses, il fut facile de faire la contention, mais je n'ai pas songé un seul instant à faire la résection sous-périostée au sein d'un pareil dégât. Mais avant de réséquer, je m'efforçai de gratter le périoste de manière à le relever comme une sorte de manchette. Le malade a eu des accidents, cela était facile à prévoir ; mais il n'a pas succombé, et aujourd'hui il a une fracture de l'humérus non consolidée, et l'on sait que la chirurgie peut encore quelque chose contre cet accident. M. Dolbeau se rappellera sans doute un malade auquel il a enlevé 6 ou 7 centimètres d'esquilles du tibia, et qui a parfaitement guéri. Dans un cas où j'ai réséqué les deux extrémités fracturées du tibia, en conservant un pont périostique en arrière, l'opéré a guéri, et marche avec peu de raccourcissement.

M. MARJOLIN. C'est faire un étrange abus de langage que d'appeler résections de simples extractions de séquestres ; mais on ne doit pas non plus avancer que dans les fractures compliquées, on ne peut pas faire des résections sous-périostées, ce serait rétrograder. J'ai présenté ici un enfant dont l'observation est consignée dans la thèse de M. Dayot, et chez lequel j'ai réséqué 1 centimètre de l'humérus fracturé. La réunion a été régulière, complète dans un temps très-court. Il y a donc bénéfice à réséquer un os dépouillé de son périoste.

M. BROCA. Les propriétés du périoste étaient parfaitement connues avant ce siècle, et les expériences de Duhamel, celles de Troja, n'ont rien laissé à faire à leurs successeurs, tellement elles étaient complètes. Un seul fait a pu être ajouté à ceux révélés par ces belles expériences, et ce fait, nous en devons la connaissance à M. Ollier. Ce savant collègue a prouvé qu'un lambeau de périoste pris sur le tibia d'un lapin et implanté dans un point quelconque, continuait à fournir du tissu osseux. Ce fait, qui, je le répète, est le seul qui n'ait pas été connu de Duhamel, a une grande importance au point de vue de la question générale de l'organisation des blastèmes. Mais quand on nous parle d'une chirurgie nouvelle, on montre qu'on a oublié tout ce qu'on a lu ; et les singulières prétentions de cette chirurgie nouvelle pourraient tout au plus se résumer dans la création d'un nouveau procédé opératoire.

On a fait des résections sous-périostées, mais les résultats qu'on a obtenus ne diffèrent pas de ceux qu'on obtenait autrefois. M. Verneuil vient de vous mentionner deux belles observations ; mais on en trouve de semblables dans tous les auteurs, et ces résections de frag-

ments réussissent surtout quand il s'agit des membres à deux os. Charmeille, dans un mémoire sur les régénérations osseuses, avait bien nettement indiqué la différence qui existe sous ce rapport entre les membres à un seul os et ceux à deux os. Le même auteur a vu que la régénération avait lieu de la même façon avec ou sans le périoste ; il avait expérimenté sur des pigeons, en enlevant une portion d'os avec le périoste à droite et en conservant le périoste à gauche : il n'y avait pas de différence dans la reproduction. Medici a répété ces expériences sur de jeunes moutons. Il n'y a rien là qui doive surprendre, la régénération a lieu suivant son mécanisme ordinaire. Qu'on relise les magnifiques expériences de Troja, et l'on verra jusqu'à quel point le périoste est utile dans la reproduction de l'os ; on verra surtout que la moelle reproduit l'os en l'absence du périoste. Mais ces résultats ne donnent pas nécessairement la mesure de ce qu'on peut obtenir sur l'homme : le périoste qui suppure ne produit pas d'os, et l'on sait combien les opérations qui portent sur les os entraînent facilement la formation du pus chez l'homme. Une observation de Blandin, qui le premier avait eu l'idée en 1842 de conserver le périoste dans la résection d'une partie de la clavicule, prouve que chez l'homme l'os peut se produire sans périoste. Ce chirurgien enleva la partie inférieure du cubitus en 1843, et plus tard l'on put constater la présence d'un noyau osseux au milieu du tissu fibreux.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Spina-bifida. — M. GIRALDÈS montre une pièce anatomique provenant de l'enfant atteint de spina-bifida qu'il a présenté dans une précédente séance. Notre collègue s'était proposé de faire des ponctions successives et la compression. Mais l'enfant a été pris de rougeole, de diphthérite; il a été trachéotomisé, et est mort. Sur la pièce, on voit que la queue de cheval était étalée dans les parois de la tumeur, et cette disposition doit être considérée comme peu favorable aux injections iodées.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 15 avril 1863.

Présidence de M. Richet, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. LARREY adresse à la Société un exemplaire de son discours prononcé aux obsèques de M. Ambroise Willaume, ancien chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Metz, et la troisième livraison de l'ouvrage de MM. Boëck et Danielssen sur les *maladies de la peau*, dont ces auteurs font hommage à la Société.

— M. Putégnat (de Lunéville), membre correspondant, a adressé à la Société une observation d'étranglement herniaire ayant son siége à la partie supérieure d'un sac abdominal, situé au-dessus d'un sac inguinal et ayant nécessité la kélotomie au-dessus du ligament de Fallope. Une rupture de l'intestin s'était opérée spontanément à 20 centimètres au moins de la partie étranglée, loin, par conséquent, du point où avait porté le tranchant du bistouri pendant le débridement. Péritonite suraiguë; mort; autopsie.

Une seconde observation du même auteur est relative à une jeune fille de dix-huit ans qui portait une tumeur située à l'ouverture externe du canal crural, et qui occasionnait à chaque époque menstruelle les accidents d'un étranglement intestinal. M. Putégnat, rejetant l'idée de la présence d'un kyste ou d'une tumeur ovarienne, est porté à penser que cette tumeur contenait une petite portion d'intestin, et probablement une collection sanguine. Se basant sur la disparition spontanée des accidents antérieurs, M. Putégnat conseilla des émissions sanguines au moyen de la lancette et de sangsues placées sur l'abdomen, des fomentations émollientes, des frictions mercurielles et du calomel à l'intérieur. Quelques jours après, les accidents ayant complétement disparu, la malade sortit de l'hôpital munie d'un bandage à pelote concave.

DISCUSSION SUR LE RÔLE DU PÉRIOSTE DANS LES RÉSECTIONS SOUS-PÉRIOSTÉES.

M. HUGUIER. Je n'ai pas eu la pensée de désapprouver la conduite de M. Verneuil relativement au malade dont j'ai parlé, et qui est encore dans mon service; j'ai seulement voulu prouver qu'en pareil cas,

la conservation du périoste est inutile, surtout lorsqu'on opère sur un membre à un seul os. On n'évite pas la nécrose des extrémités osseuses, et c'est cette nécrose qui met obstacle à la consolidation.

Quant au fait que M. Marjolin a avancé pour combattre mon opinion, je ne vois là rien qui ait trait aux résections sous-périostées. Notre collègue a très-bien fait de réséquer ce fragment osseux qui avait percé les chairs, et j'aurais agi tout comme lui; mais il n'y a pas là d'argument favorable ou contraire au rôle du périoste.

M. DEMARQUAY lit la note suivante :

J'ai demandé la parole pour présenter quelques considérations sur le sujet actuellement en discussion; mais avant de faire connaître le résultat des opérations que j'ai faites avec conservation du périoste, je veux dire un mot des expériences de M. Flourens, et de l'influence que ces expériences ont eue sur l'esprit des chirurgiens modernes. Dans cette enceinte et ailleurs, j'ai souvent entendu accuser M. Flourens de n'avoir fait que répéter les expériences de Duhamel et d'avoir donné comme sien ce qui évidemment devait être rapporté au physiologiste du siècle dernier; je crois que ceux qui ont formulé une pareille accusation n'avaient pas une connaissance parfaite des travaux des deux grands physiologistes.

Duhamel, dans ses expériences sur les pigeons, n'avait qu'un but, c'était de déterminer rigoureusement l'organe qui formait le cal, et il est arrivé sous ce rapport à des résultats très-concluants; il a péremptoirement démontré que chez les oiseaux le cal se formait par le périoste; M. Flourens a répété les mêmes expériences, il les a variées à l'infini, et il est arrivé sous ce rapport aux mêmes résultats que Duhamel, à savoir que le cal se formait aux dépens du périoste; mais de plus il a enlevé des portions d'os, et il a démontré que l'os enlevé se reproduisait.

Ce fait et bien d'autres sur lesquels je ne dois pas insister ici, est capital, car il établit avec Duhamel non-seulement que le cal est formé par le périoste, mais qu'un os tout entier peut se reproduire par cette membrane.

D'après un grand nombre d'expériences destinées à démontrer ce fait, il a publié un très-beau travail qu'il a dédié à la mémoire de Duhamel. Cette dédicace témoigne, à mon sens comme à celui de M. Forget, de l'esprit élevé de M. Flourens, et répond à toutes les insinuations qui ont pu être dirigées contre le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

Voyons maintenant quelles ont été les conséquences des travaux de Duhamel et de M. Flourens.

Les travaux du premier de ces physiologistes ont fixé l'attention

des physiologistes de son temps, mais ses idées ont généralement été combattues : elles n'ont été acceptées ni par l'école de Haller, ni par celle de Hunter; Scarpa les rejette également avec la plupart des chirurgiens de la fin du siècle dernier et ceux du commencement de ce siècle; on peut donc dire que les remarquables travaux de Duhamel sur la formation du cal n'ont guère fixé que l'esprit de Dupuytren, dont les idées sous certains rapports se rapprochent de celles du physiologiste du siècle dernier.

Les travaux de M. Flourens, qui ont aussi trouvé un grand nombre de contradicteurs, ont mieux fixé l'attention des chirurgiens français. Blandin est le premier qui ait compris tout le parti que les résections pouvaient tirer des recherches de M. Flourens; depuis, MM. Sédillot, Nélaton, Maisonneuve, Langenbeck, Ollier et moi, avons cherché à étendre les bienfaits de cette chirurgie nouvelle, et les faits qui résultent de ces recherches ne peuvent être méconnus; ils ont leur importance, ainsi que nous le verrons plus loin.

Je n'ai point la prétention de faire connaître tous les faits chirurgicaux qui émanent des travaux de M. Flourens; je signalerai ici seulement ce qui a été fait par Blandin et par moi. Blandin, le premier qui soit entré nettement dans les idées de M. Flourens, a fait à ma connaissance quatre opérations sous-périostées; je dois dire trois, car dans la quatrième il ne put enlever le périoste; aussi l'insuccès fut complet. Il enleva tout d'abord en 1842 la partie moyenne d'une clavicule cariée, et il ne put que conserver la partie du périoste qui couvrait la face inférieure de la clavicule; ce périoste reproduisit des portions d'os, et non pas une clavicule complète; il réséqua la partie inférieure du cubitus; le malade mourut une vingtaine de jours après, et il y avait dans la gaîne périostée conservée des noyaux osseux.

Dans un autre cas, il enleva la malléole externe, et il se forma une malléole nouvelle aux dépens du périoste conservé; il osa même enlever un énorme triangle osseux dans l'épaisseur du tibia dénudé par un ulcère. L'opération, qui fut très-pénible, et les circonstances dans lesquelles se trouvait l'enveloppe fibreuse de l'os, ne permirent pas de mettre le malade dans des conditions favorables à la reproduction de l'os, aussi ce dernier ne se reproduisit pas et Blandin dut faire longtemps après le sacrifice du membre; ces faits avaient beaucoup frappé Blandin, aussi dans les dernières années de sa vie était-il très-préoccupé du rôle que le périoste était appelé à jouer dans les résections osseuses. Que l'on ne dise pas que c'est un hasard heureux qui a produit ces résultats. Non; les opérations de Blandin ont été délibérées à l'avance, et il doit être considéré comme le créateur de cette chirurgie nouvelle.

J'ai vu depuis la mort de Blandin deux malades auxquels il avait enlevé une partie considérable de la mâchoire, sans conservation du périoste; j'ai assisté aux opérations, et, dans ces cas, une bride fibreuse unissait la portion de maxillaire restant à l'articulation temporo-maxillaire; mais il n'y avait pas un atome d'os dans ces brides. Un de ses opérés, que j'ai revu l'année dernière, avait été opéré en 1843. J'ai fait la même observation après un temps assez long sur plusieurs de mes opérés; en général, on ne trouve de l'os que là où on a laissé du périoste. Depuis la mort de Blandin, j'ai fait un certain nombre d'opérations avec conservation du périoste; en voici le résumé : j'ai oblitéré une fistule naso-frontale avec un lambeau de peau tapissé de périoste que j'ai fait glisser au-devant de cette fistule. Le malade a guéri, et au bout de plusieurs mois il y avait évidemment reproduction osseuse.

J'ai enlevé toute la partie médiane de la mâchoire inférieure nécrosée; j'ai décollé le périoste en avant et en arrière dans une grande étendue; au moment de l'opération, le travail de réparation n'était pas commencé, et au bout d'un an il y avait une reproduction de la partie médiane du maxillaire inférieur.

Sur un malade qui avait une pseudarthrose du péroné, j'ai disséqué le périoste qui tapissait les deux fragments, et le périoste m'a donné un os. Constaté à l'autopsie faite plusieurs mois après l'opération, ce fait me paraît capital : ici les deux fragments étaient maintenus écartés par le tibia lui-même, et se trouvaient dans les mêmes conditions que les animaux auxquels on a enlevé une portion étendue de la tête, avec conservation du périoste.

J'ai pu, sur un jeune homme, enlever 11 centimètres du fémur nécrosé dans un point peu étendu de ce séquestre; la circonférence de l'os était complète. Pour arriver à ce résultat, j'ai dû fendre le périoste dans une grande étendue, ainsi que les portions d'os de nouvelle formation, dont la consistance était peu marquée; cela fait, le membre de ce jeune homme fut mis dans un appareil spécial, et nous avons vu le fémur se reformer. Maintenant ce jeune homme marche; il ne lui reste qu'une petite fistule à la cuisse, et je lui fais encore porter un appareil dextriné comme tuteur.

L'année dernière, pour enlever un polype naso-pharyngo-maxillaire, j'ai enlevé toute l'apophyse montante du maxillaire supérieur, la paroi antérieure du sinus maxillaire, en ayant bien soin d'isoler le périoste sain. Eh bien, actuellement, si ce n'étaient les traces des incisions, il serait à peine possible de dire l'opération que cette pauvre femme a subie tout récemment à l'hôpital. Je me suis assuré de nouveau, avec une forte aiguille à acupuncture, de la consistance de l'os

nouveau. Je n'ai pas toujours été aussi heureux : plus loin, j'indiquerai la cause des succès et des revers.

A ces faits je pourrais joindre les expériences que j'ai faites alors que j'étais prosecteur : j'ai trépané des chiens avec conservation du périoste, et, dans ce cas, j'ai vu survenir une formation osseuse nouvelle, soit par le périoste interne, soit par l'externe, qui oblitérait complétement la couronne du large trépan que j'avais appliqué. Une de mes pièces, qui avait frappé M. Malgaigne, fut montrée à son cours.

Je pourrais exposer ici sommairement les faits importants qui ont été publiés depuis quelques années, mais ils sont trop connus.

En résumé, les expériences physiologiques de M. Flourens sur la régénération osseuse, n'auraient-elles donné que la belle opération de palatoplastie de M. Langenbeck, dont j'ai vu deux beaux résultats, l'un en Angleterre et l'autre en Hollande, qu'elles auraient une grande importance chirurgicale.

Dans quelles conditions peut-on pratiquer les résections ou opérations sous-périostées?

Ces opérations, comme tout ce qui est nouveau, ont eu leurs adversaires et leurs admirateurs passionnés, qui ont fait plus de mal que les premiers. M. Sédillot a fait bonne justice de ces observations venues d'un pays voisin, et dont la plupart ne supportaient pas l'examen.

En effet, on ne fait pas où on veut et quand on veut une opération sous-périostée sur l'homme. On a fait ces opérations dans deux conditions bien déterminées :

1° Sur des os sains ;
2° Sur des os malades.

Ce sont évidemment là les cas les plus favorables. En effet pour faire une résection sur l'os sain, il faut que le périoste puisse se séparer; c'est ce que l'on n'obtient pas toujours. J'ai disséqué un grand nombre d'os; j'en ai fait disséquer par mes élèves un plus grand nombre encore, pour arriver à savoir exactement quels sont les os sur lesquels on peut à l'état sain pratiquer des résections sous-périostées. Sous ce rapport, je signalerai les régions suivantes: la voûte crânienne, l'orbite, la région antérieure de la face et l'os malaire, la voûte palatine, l'os maxillaire supérieur, excepté au niveau des insertions musculaires, la partie inférieure et supérieure des clavicules. Quant au périoste des os des membres, il est tellement confondu avec les insertions musculaires nombreuses et l'os lui-même, que l'on ne peut rien enlever. Sans doute on pourra encore dans ce cas rugi-

ner l'os et détacher des lambeaux ou raclures du périoste; mais évidemment de pareils débris périostiques ne peuvent rien produire.

Cette circonstance explique le peu de succès qu'il faut attendre des tentatives que l'on fait au début de l'accident pour conserver le périoste dans les fractures comminutives. Ce que je dis ici s'applique seulement à l'homme adulte ; car tout le monde sait que chez les enfants le périoste est plus épais et moins adhérent que chez le premier. Quand l'os est malade, qu'il est affecté d'ostéite, de carie ou de nécrose, le périoste, dans ce cas, s'épaissit et devient moins adhérent à l'os qui le recouvre ; il peut alors se décoller avec facilité, même dans les parties où il est habituellement le plus adhérent. C'est dans ces conditions que les résections sous-périostées pourront être faites avec le plus de succès ; toutefois il ne faut pas se faire illusion, l'art a ses limites, et on doit rejeter absolument ces observations venues de l'étranger, dans lesquelles on aurait vu la nature reproduire plus ou moins complétement une articulation réséquée.

Je dirai que les difficultés opératoires, dans lesquelles le chirurgien a bien autre chose à faire que d'aller à la recherche de lambeaux de périoste plus ou moins détruits par l'inflammation, masqués par le sang et les rétractions musculaires consécutives, venant appliquer l'une contre l'autre les surfaces osseuses réséquées, détruiront souvent les espérances du chirurgien. D'ailleurs, malgré toute la sagacité du chirurgien et toute sa patience, il ne pourra jamais produire à la suite des résections sous-périostées articulaires que de fausses articulations.

J'ai fait à ce sujet l'année dernière une série d'expériences sur de jeunes chiens (1), et je n'ai, en un mot, rien obtenu de satisfaisant. Jusqu'à nouvel ordre, il faudra abandonner cette espérance trompeuse.

En terminant, je dirai que le résultat des opérations sous-périostées, au point de vue de la forme de l'os nouveau, mérite aussi de fixer l'attention. Ce serait une erreur de croire que l'os nouveau est en tout point conforme à l'os ancien. La nature, en reproduisant un os nouveau, est plus préoccupée de la fonction, du but à atteindre, que de l'harmonie.

Tantôt, en effet, l'os de nouvelle formation est plus grêle ; cela dépend de la quantité de périoste conservée et du rôle que l'os est appelé à jouer.

---

(1) J'ai réséqué complétement ou incomplétement l'articulation du genou, je n'ai jamais pu arriver à reformer une véritable articulation dans aucun cas.

Les os de la face sont généralement moins forts que ceux auxquels ils ont succédé ; aux membres inférieurs, au contraire, où la sustentation est le but, l'os de nouvelle formation est moins harmonieux dans sa forme, d'une texture moins parfaite, aussi est-il généralement plus volumineux.

M. VERNEUIL. Les deux faits tirés de ma pratique qui ont été cités dans cette discussion n'ont aucun rapport direct avec la question si controversée des résections sous-périostées. Il s'agissait de fractures compliquées de plaie et d'issue des fragments. J'ai fait la résection des bouts fracturés, croyant par ce moyen diminuer la gravité immédiate de l'accident, et voilà tout. J'ai fait ce que j'ai pu, à la vérité, pour ménager le périoste des fragments, mais je ne comptais nullement sur une régénération osseuse des parties enlevées. Je crois que ces deux faits n'auraient pas dû intervenir dans le présent débat, car ils ne prouvent quelque chose que pour un tout autre point de pratique, savoir, la résection des extrémités brisées dans les fractures compliquées de plaie.

Maintenant un mot sur la question historique des fonctions du périoste et de l'application qu'on peut faire de ces fonctions à la chirurgie. Mon excellent ami le docteur Broca a, dans la dernière séance, parlé comme je l'avais fait moi-même l'année précédente ; il a dit que depuis la fin du siècle dernier l'expérimentation n'avait rien ajouté à ce qu'on savait des fonctions du périoste, si l'on en excepte les travaux si remarquables de M. Ollier.

Je persiste dans les mêmes assertions. Si on ne trouve pas tout dans Duhamel, il faut chercher dans Troja et dans une foule de chirurgiens étrangers, italiens ou allemands, qui bien avant M. Flourens ont varié à l'infini les expériences.

Que le premier, en France, Blandin ait songé à tirer parti de ces connaissances pour la médecine opératoire, c'est ce que je ne veux pas discuter ici. Toujours est-il que pour faire ces applications, les chirurgiens français, s'ils avaient su lire, n'auraient pas eu besoin d'attendre que M. Flourens ait jugé à propos d'inventer la garance, le périoste et autres choses aussi neuves.

Je dirai tout aussi résolûment que c'est des travaux de M. Ollier, et non de ceux de M. Flourens, que M. Langenbeck (de Berlin) s'est inspiré quand il a fait ses premiers essais de chirurgie ostéoplastique ; c'est lui-même qui le reconnaît. Pour ce qui concerne les chirurgiens italiens et les résections articulaires sous-périostées exécutées par eux, la critique et l'histoire ont déjà prononcé. Ces travaux sont très-sérieux et très-dignes de foi ; M. Sédillot les a critiqués, et a mis en doute les résultats obtenus. Mais notre collègue de Strasbourg, en-

traîné peut-être par le désir de protéger l'*évidement des os,* pour lequel il révélait un intérêt tout paternel, me semble avoir méconnu la vérité.

En résumé, je maintiens entièrement mes affirmations historiques, et je soutiens sans hésitation les opinions formulées dans la dernière séance par M. Broca.

M. GIRALDÈS. Peut-être a-t-on confondu dans cette discussion la physiologie expérimentale et la chirurgie clinique. Le développement et la consolidation des os ne se font pas de la même façon dans tous les points du corps ; sous ce rapport, la tête ne ressemble pas aux membres. Peut-être aussi a-t-on confondu la reproduction des os par le périoste et la réunion, la cicatrisation des extrémités osseuses. Il est parfaitement connu depuis longtemps que le périoste est l'organe de la reproduction des os et non de l'ossification ; celle-ci peut se produire dans des points où il n'y a pas de périoste. Mais le rôle spécial du périoste est de déterminer la forme osseuse. Ce fait a été clairement établi par Syme en 1837. Sur un chien il enleva d'un côté un os avec son périoste, et de l'autre un os en laissant le périoste ; ce dernier se régénéra, tandis qu'on ne put trouver à la place du premier que des noyaux osseux irrégulièrement disséminés. Heine avait fait en grand ces expériences, et le musée de Wurtzbourg contient un nombre considérable de pièces relatives à ce sujet. Oui, le rôle du périoste est connu depuis Duhamel ; après de longues expériences, il signale son rôle à l'attention des chirurgiens en leur livrant ses découvertes de physiologie expérimentale.

On a demandé, dans la dernière séance, qui a vu un os reproduit par le périoste ; mais tous ceux qui l'ont voulu, car la chose est loin d'être sans exemple. J'ai enlevé, chez un enfant de six ans, plus de 10 centimètres d'humérus en raclant circulairement le périoste ; après cette ablation, le membre oscillait de tous côtés. La reproduction s'est opérée. L'enfant est aujourd'hui à l'hôpital de Berg, et il peut être considéré comme guéri.

L'importance du périoste dans la reproduction des os me paraît incontestable, et pour la nier il faudrait récuser tous les faits d'observation journalière.

M. JARJAVAY. Comme MM. Broca et Demarquay, je reconnais que Blandin a le premier songé à conserver le périoste dans les ablations osseuses ; c'est un fait de priorité qui me semble établi. L'efficacité de ces opérations ne peut être prouvée que par les faits ; en voici un que je cite, sans que je veuille nier les fonctions du périoste :

J'ai eu l'occasion de pratiquer une résection sous-périostée dans les conditions les plus favorables à la régénération de l'os, et celle-ci

n'a pas eu lieu. En 1861, j'avais dans mon service un malade atteint d'une ostéite suppurée du premier métatarsien. J'enlevai l'os en ménageant avec soin le périoste, ce qui me fut du reste assez facile ; le périoste avait conservé ses adhérences avec les parties molles, il n'était pas flottant au milieu des chairs. Le malade guérit dans un temps convenable de son opération ; mais j'ai pu constater récemment que, bien qu'une année entière se soit écoulée, il n'y a aucune reproduction d'os ; les chairs sont molles, et le toucher ne perçoit pas la moindre résistance qui indique la présence d'un os nouveau. Je pourrais, si la Société le désire, retrouver ce malade et le soumettre à son examen.

M. HUGUIER. Si toutes les fois qu'on enlève un os ou une portion d'os nécrosé on veut considérer cela comme une résection sous-périostée, de pareilles opérations sont fort anciennes. Pendant mes études, j'ai vu Dupuytren opérer ainsi qu'on vient de le dire, et je me souviens encore que M. Barbier-Marbois nous montra, il y a déjà bien des années, à la Société anatomique, un péroné tout entier qui s'était reproduit. Il s'agissait encore d'une nécrose. Je ne vois pas qu'on nous montre des résections osseuses faites pour des cas traumatiques récents, et suivies de régénération de l'os. M. Demarquay ne nous a pas dit si cette malléole enlevée par Blandin était ou n'était pas le siége d'une affection chronique.

M. DEMARQUAY. L'os était malade depuis un certain temps.

M. HUGUIER. Ce n'était donc pas encore un de ces cas probants que je demande. M. Demarquay nous dit encore que, grâce au périoste, des couronnes de trépan ont été comblées. Mais j'ai toujours vu ces pertes de substance envahies par l'ossification, sans qu'on eût pris nul souci de conserver le périoste. Je ne veux pas insister sur le fait de M. Verneuil. J'ai, l'année dernière, suivi la même conduite pour un cas de fracture avec issue d'un des fragments ; mais, encore une fois, cela ne prouve rien sur les fonctions régénératrices du périoste. J'ai dit qu'on ne nous montrait pas un cas où la réparation périostique fût rendue évidente en dehors des cas de nécrose, et malgré tout l'intérêt que présente l'opération de M. Giraldès, il me semble qu'on ne doit voir là que la réunion des extrémités osseuses, et nullement une régénération d'os.

M. GIRALDÈS. Notre collègue nous dit : Qu'on nous présente un malade chez lequel on ait enlevé en conservant le périoste une portion d'os saine, et chez qui la reproduction se soit effectuée intégralement. Je ferai observer que ces conditions sont impossibles à remplir, et que jamais un chirurgien ne se décidera à enlever une portion d'os non malade.

Il ne faut pas équivoquer sur le sens des mots. J'ai bien positivement fait une ablation d'os sous-périostée ; j'ai décollé péniblement cette membrane dans toute son étendue, elle n'était le siége d'aucune ossification, et, après l'opération, j'ai obtenu un étui constitué exclusivement par le périoste. Il semble que M. Huguier confond deux choses distinctes cependant, la gaîne osseuse des séquestres invaginés constituée par l'os nouveau et la gaîne périostique décollée par le chirurgien.

M. HUGUIER. Quand j'ai demandé qu'on nous montrât une opération pratiquée sur un os sain, je n'ai pas eu la pensée que me prête M. Giraldès ; j'ai voulu indiquer un os qui fût le siége d'une tumeur ou d'un traumatisme récent et non d'une nécrose. Il me semble que M. Giraldès n'a pas pu décoller le périoste chez le petit malade, puisque l'os était nécrosé, et qu'en conséquence le périoste était spontanément détaché.

M. GIRALDÈS. Le périoste n'était nullement détaché, et j'affirme que j'ai dû le racler avec force tout autour de l'os. M. Huguier ne voit donc dans mon observation qu'une réunion des deux extrémités osseuses; il y a eu, au contraire, reproduction véritable, et je demanderai à notre collègue s'il connaît un seul fait analogue au mien.

M. FORGET. Les conditions que réclame M. Huguier ont été remplies dans certaines opérations. L'os était sain dans tous les cas où M. Jordan (de Manchester) a fait des résections sous-périostées pour des pseudarthroses.

M. DEMARQUAY. La belle opération de palatoplastie exécutée par Langenbeck ne peut laisser aucun doute, et j'ai eu deux fois occasion de constater de semblables résultats. Lorsque, d'autre part, j'ai oblitéré, à l'aide d'un lambeau périostique, une fistule du maxillaire supérieur, j'ai pu reconnaître en enfonçant une forte épingle que l'os avait été régénéré par le périoste.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 22 avril 1863.

Présidence de M. Richet, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

CORRESPONDANCE.

M. Legouest fait hommage à la Société d'un exemplaire de son *Traité de chirurgie d'armée.*

— M. le docteur Duparcque adresse, par l'intermédiaire de M. A. Richard, un exemplaire de son mémoire sur l'inégalité professionnelle de longueur des membres supérieurs, considérée comme cause d'erreurs diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques de leurs fractures et luxations. (Dépôt aux archives).

— M. J. Beer, docteur en médecine et en chirurgie à Berlin, a fait part à la Société d'un fait qui lui paraît nouveau. Il s'agit de pratiquer une incision sur une sangsue appliquée dans une région du corps, afin d'extraire avec une seule sangsue une assez grande quantité de sang. (Dépôt aux archives).

— M. BOINET présente, au nom de M. Stansky, un trocart dont la canule peut être fixée à l'aide de trois crochets que l'on fait saillir à volonté au moyen d'une canule interne.

Du rôle du périoste dans la reproduction des os après les résections (suite de la discussion).

M. GIRALDÈS. Je veux seulement faire remarquer que les opérations faites par M. Jordan ne peuvent être assimilées avec celle que j'ai pratiquée et dont j'ai parlé dans la dernière séance. Ce chirurgien, en effet, a détaché le périoste dans le but d'obtenir la consolidation de pseudarthroses. Les conditions dans lesquelles se trouvait mon malade n'étaient plus du tout les mêmes, puisque j'ai enlevé un os nécrosé et l'étui osseux qui l'entourait, et qui lui aussi était nécrosé ; j'en ai détaché le périoste, et l'os s'est consolidé. On a tort de faire intervenir ici les faits de M. Jordan, car loin d'éclairer la question de cette façon, on la rend plus obscure en la compliquant.

M. MARJOLIN lit la note suivante :

Il est d'autant plus nécessaire que la Société de chirurgie insiste sur l'extrême différence qui existe entre les anciennes opérations con-

sistant dans l'extraction d'un séquestre, et celles qui, dans ces derniers temps, ont été si justement préconisées par notre collègue M. Ollier, que trop souvent, par suite d'une confusion très-regrettable, on présente comme des résections sous-périostées des opérations qui n'auraient jamais dû être classées dans cette catégorie.

Cette erreur est d'autant plus fâcheuse qu'à la suite de quelques mécomptes éprouvés dans la pratique de cette nouvelle méthode, on est arrivé à concevoir des doutes sur ses avantages et à nier l'authenticité de faits dans lesquels l'os s'était en partie reproduit après la conservation du périoste. Proclamer aujourd'hui comme un procédé nouveau des opérations dans lesquelles on s'est borné à extraire un séquestre, c'est vouloir porter la confusion dans une question bien nettement définie et mêler ensemble des faits essentiellement différents.

Dans les nécroses spontanées ou traumatiques, l'œuvre du chirurgien est le plus souvent facile, et la régénération de l'os dans un temps assez court est le résultat le plus habituel ; enfin, pour éviter soit des suppurations interminables ou diminuer les difficultés de l'opération, il est de précepte d'agir de très-bonne heure.

Si nous examinons maintenant ce qui se passe dans ces résections sous-périostées, nous voyons qu'il existe de grandes différences. Ainsi, autant on s'était hâté dans le cas précédent d'opérer et de ne pas attendre l'invagination du séquestre, autant dans les résections sous-périostées on est contraint, en vertu d'un principe conservateur, de différer longtemps.

Quel est le but du chirurgien? C'est autant que possible de guérir sans mutilation et de conserver un membre utile; ce qu'il désire, c'est une ankylose, et il n'a recours à l'opération que lorsque tous les autres moyens ayant échoué, le malade est réellement en danger et qu'il est dans une période d'épuisement inquiétante. Or, la conséquence inévitable de cette suppuration prolongée, c'est que le périoste s'altère au point de perdre ses facultés régénératrices, et qu'alors les résections sous-périostées faites avec les précautions les plus grandes ne donnent souvent qu'un résultat peu satisfaisant. C'est ainsi que dans la dernière séance vous avez entendu M. Jarjavay vous rapporter le fait d'un malade chez lequel, malgré tout le soin qu'il avait mis à conserver le périoste, un métatarsien ne s'était pas reproduit.

A cette observation, je pourrais joindre celle d'un enfant de sept à huit ans chez lequel j'ai extrait au mois d'août dernier, consécutivement à une amputation du bras pour une ostéite scrofuleuse, toute la partie supérieure de l'humérus. Or, comme chez les enfants le tissu osseux se reproduit très-rapidement dans les nécroses, j'espérais

réussir malgré une suppuration prolongée ; aussi avais-je pris toutes les précautions pour énucléer l'os, en conservant le périoste.

L'opération s'est faite assez facilement, et, malgré le laps de temps considérable qui s'est écoulé et un traitement général qui a amélioré la constitution, l'os ne s'est nullement reproduit. Très-probablement la suppuration avait tellement altéré le périoste qu'il avait perdu toutes ses facultés reproductrices.

En voyant ces faits, il me semble qu'il ne serait pas sans intérêt, au point de vue pratique, de rechercher à l'aide du microscope quelles sont les altérations de texture que le périoste a subies au voisinage des articulations atteintes depuis longtemps d'ostéite suppurante.

En terminant, je dirai que si dans les résections sous-périostées pour des cas d'ostéite il y a avantage à conserver le périoste, il n'en est pas de même dans les affections susceptibles de récidiver ; c'est là un point qui ne pourra se résoudre que par l'observation ; mais, pour ma part, je suis porté à croire que dans toute affection de cette nature le périoste ne doit pas être conservé.

M. FORGET. Je n'ai pas prétendu dire que les faits de M. Jordan étaient analogues à celui de M. Giraldès, et si je les ai cités ici c'était pour montrer que les expérimentations ont été faites dans les conditions physiologiques, et qu'elles ont été variées de toutes les façons. Ainsi M. Jordan, après avoir réséqué les extrémités osseuses, a tenu les os en contact ; M. Richard, au contraire, a maintenu les os à distance ; le périoste n'a rien reproduit, il y a eu une pseudarthrose.

M. GIRALDÈS. Si dans le cas de M. Jordan il y a eu un insuccès, cela ne prouve pas que le périoste n'a aucune importance, car la question est complexe, et je suis étonné de la manière dont on la pose. Ainsi, on ne se demande pas si le périoste a plus d'influence à un âge qu'à l'autre, dans une région que dans une autre ; on sait, par exemple, que le périoste reproduit très-difficilement les os courts ; de plus, on confond cette question avec celle de la nécrose, qui est parfaitement connue ; enfin, il y a à tenir compte du degré d'intégrité du périoste. On doit se borner à la question de savoir si, quand le périoste est sain, il y a avantage à le conserver ; en tenant compte des expériences de Heine et de Textor, on doit répondre par l'affirmative.

M. JARJAVAY. Dans la résection que j'ai pratiquée, le périoste n'étant pas altéré par des bourgeons charnus, il adhérait encore à l'os, mais pas assez pour qu'avec une spatule je n'aie pu dépouiller parfaitement le premier métatarsien. Je ferai remarquer que je n'avais pas affaire à un os spongieux.

J'ai cité ce fait, qui est négatif, sans nier que dans de pareilles résections le périoste ne puisse fournir les matériaux d'une nouvelle ossification.

M. TRÉLAT. On a raison de rejeter les opérations de M. Jordan, qui ont pour but de réunir les os et non de les reproduire. J'ai eu l'occasion d'enlever le cinquième métatarsien pour une carie limitée de cet os. Il est certain qu'il s'est reproduit de la substance osseuse, mais le métacarpien est plus court que l'autre, et il a diminué d'un cinquième de sa longueur normale. J'avais conservé un étui périostique très-complet, et cependant l'os ne s'est pas reproduit complétement.

Sur la demande de M. Velpeau, M. Trélat fait remarquer que les deux extrémités de l'os avaient été enlevées.

M. VOILLEMIER. Messieurs, après tout ce qui a été dit, je n'aurais pas demandé la parole, s'il ne s'agissait d'une grave question, dont la solution doit avoir des conséquences très-importantes, et je regarde comme un devoir pour chacun de nous d'apporter ici le résultat de son expérience personnelle.

Permettez-moi, d'abord, de vous faire remarquer que la dénomination de *résections sous-périostiques* qu'emploient les promoteurs de la pratique nouvelle, n'est justifiée par rien. Ils semblent par cette expression assimiler leurs opérations aux opérations sous-cutanées, qui sont réellement pratiquées sous la peau, tandis qu'ils n'agissent en aucune façon sous le périoste. Ils se bornent à décoller cette membrane, à la conserver, autant que possible, avec les autres parties molles, et ne font pas autre chose. L'expression dont ils se servent est donc tout à la fois prétentieuse et fausse.

Nous retrouvons la même exagération dans le rôle qu'ils attribuent au périoste, quand ils prétendent qu'il suffit de le conserver pour le voir reproduire un nouvel os, semblable à l'os ancien, et n'en différant que par une harmonie moindre dans la forme. Depuis longtemps on connaît les fonctions du périoste, le rôle important qu'il joue dans la reproduction des os; on l'a vu, surtout pour les membres supérieurs, remplacer des portions d'os considérables, et même une diaphyse entière, par un nouveau levier assez peu imparfait, assez solide pour suffire aux usages de l'os ancien; mais on ne peut dire, sans sortir de la vérité, qu'il peut reproduire un humérus, une mâchoire nouvelle, et surtout un fémur, un tibia nouveau.

Dans le plus grand nombre des cas, et principalement pour les membres inférieurs, l'os nouveau se compose d'un tube volumineux, avec un large canal médullaire; il est percé de trous plus ou moins grands, présente, si vous le voulez, un certain degré de solidité, mais n'a ni la structure, ni la densité, ni même les conditions de vitalité

de l'os ancien. Nous avons tous vu de ces os nouveaux, si faciles à se nécroser, même après des années, qu'on croirait qu'ils n'ont jamais cessé d'être travaillés par une inflammation profonde. Tels qu'ils sont, ils ont encore une grande utilité, mais il ne faut pas l'exagérer.

Ce que je viens de dire est su de vous tous. La physiologie du périoste, son importance dans la reproduction du tissu osseux, ont été parfaitement étudiées et sont connues depuis longtemps. Sur ces différents points, les partisans de la pratique nouvelle n'ont rien à revendiquer. Sous le prétexte de prétendues innovations, il ne faut pas qu'ils s'attribuent des conquêtes anciennes. Je regrette qu'ils n'aient pas formulé leurs prétentions d'une manière précise, ma tâche aujourd'hui serait plus facile. Mais puisqu'ils ne l'ont point fait, j'essayerai de le faire pour eux.

Parlons d'abord des cas de nécrose. Quelle est la pratique généralement admise? Lorsqu'un os est frappé de mort, ce qu'il est impossible de savoir tout d'abord dans un grand nombre de cas, on se renferme dans une sage temporisation.

Tandis que le périoste s'enflamme, s'épaissit, isole le séquestre dans une coque osseuse de formation nouvelle, on surveille avec soin un autre travail qui se passe dans l'épaisseur de l'os, et dont le but est de séparer l'os nécrosé de l'os vivant. On attend le moment où le séquestre deviendra mobile pour l'extraire, et tout au plus vient-on quelquefois aider cette mobilité en retranchant quelques parties du séquestre, quand on le suppose enclavé.

Or, veut-on renoncer à cette pratique si prudente, et qu'un long usage a sanctionnée? Aveuglé par une confiance exagérée dans les fonctions du périoste, vous propose-t-on de ne plus attendre son inflammation, la reproduction d'un nouvel os, la mobilité du séquestre? Et quelles seront les conséquences d'une pareille conduite? Si vous n'attendez pas que le séquestre soit mobile, dans quel point irez-vous le réséquer? Si vous coupez dans la partie morte, vous n'aurez rien fait; ne resterait-il du séquestre qu'une épaisseur d'un millimètre, son élimination exigera de la part de l'organisme les mêmes efforts que s'il s'agissait d'un fragment osseux considérable.

L'observation sur laquelle notre collègue M. Forget a fait son rapport en est elle-même une preuve convaincante. Si vous coupez dans le vif, déjà vous avez produit une perte de substance inutile, et de plus, vous avez lacéré le tissu osseux avec la scie, de manière à produire une nécrose superficielle, il est vrai, mais là où elle n'existait pas. Mais vous comptez sur le périoste. Pourtant, n'y comptez pas trop. Ce périoste, qui ne fera pas défaut si on l'abandonne à lui-

même, si on le laisse accomplir tranquillement son travail réparateur, au contraire, il deviendra plus d'une fois impuissant si vous intervenez trop tôt, si vous le décollez avant qu'il soit suffisamment préparé à son travail de réparation, si vous le livrez à une inflammation trop vive, si vous le plongez au milieu d'une suppuration abondante et destructive.

Tout ce que je viens de dire n'est-il pas encore plus vrai pour l'ostéite? Le plus souvent il ne s'agit plus seulement d'une altération locale, mais d'une maladie générale. C'est à la constitution du malade qu'on s'adresse bien avant d'attaquer l'os altéré; et quand on intervient localement, c'est plutôt pour tâcher de modifier l'état des parties altérées que pour les enlever, car on ne sait point où sont les limites du mal. J'ai vu plusieurs fois Blandin réséquer des morceaux de côtes cariées, en conservant le périoste. Pendant les premiers temps, la plaie se comportait assez bien ; elle se comblait; la suppuration était d'assez bonne nature, mais les malades ne guérissaient pas. Quand la cicatrisation semblait devoir s'achever, il restait un trajet fistuleux au fond duquel il était facile de trouver l'os à nu. Le morceau de côte enlevé ne s'était pas reproduit, l'ostéite subsistait toujours.

Quant aux affections organiques des articulations, je n'en dirai qu'un mot. Je ne pense pas qu'on ait la prétention, en conservant le périoste, de voir se reproduire des surfaces articulaires, des têtes osseuses. Dans ces cas graves, le but qu'on se propose en pratiquant une résection, c'est de sauver la vie des malades, en conservant quelques-uns des usages du membre. Pour obtenir ce résultat, il faut bien se résigner à voir se produire une ankylose ou une fausse articulation. Mais comment échapperait-on à cette double éventualité, ou comment espérerait-on modifier ces résultats en allant, au milieu de tissus profondément altérés, disséquer péniblement quelques lambeaux de périoste, qui seront le plus souvent détruits par la suppuration?

Mais entrons dans le vif de la question. De quoi s'agit-il véritablement? De lésions traumatiques. Ce que l'on prétend avoir trouvé, c'est le moyen de réséquer ce qu'on amputait dans la pratique ordinaire, de conserver, au moyen du périoste, des membres qu'on aurait perdus sans lui. C'est ainsi que l'Institut lui-même l'a compris dans le prix qu'il a institué. Si ce n'est pas cela, que nous a-t-on dit de nouveau et que revendique-t-on?

Je dirai d'abord que tout en admettant l'utilité du périoste, il ne faut pas l'exagérer. Dans un cas de cal difforme du tibia, que j'opérai en enlevant dans son épaisseur un large V, sans conserver le périoste,

la perte de substance a pourtant été comblée. Si j'avais conservé le périoste, c'est à lui qu'on en eût fait honneur, et ce fait eût été présenté à l'appui des idées nouvelles. Sans doute le périoste aurait eu sa part dans la reproduction de la substance osseuse, mais il est évident qu'il n'est pas le seul agent que la nature ait à sa disposition. D'un autre côté, j'ai observé plus d'un cas dans lesquels la conservation du périoste a été inutile.

Sur un homme dont j'amputais la cuisse, je décollai avec le plus grand soin le périoste pour recouvrir l'extrémité de l'os. Il était resté adhérent aux autres parties molles, et ainsi dans les meilleures conditions. Cependant, au bout d'une quinzaine de jours, ayant pu examiner le fond de la plaie, je n'en retrouvai aucune trace.

Chez un autre malade, auquel j'enlevai une esquille très-volumineuse du tibia le jour même de l'accident qui l'amenait à l'hôpital, je constatai que cette esquille était dépouillée du périoste, qui était resté adhérent aux parties molles, ce qu'il était aisé de constater; au bout de huit jours, au milieu de la suppuration de la vaste plaie qui existait, on n'en trouvait plus de vestiges.

Encore un fait, car il faut multiplier les exemples.

Un homme fut porté à Lariboisière après une chute qu'il avait faite d'un cinquième étage. Les deux cuisses étaient fracturées à leur partie moyenne, et les fragments supérieurs faisaient à travers les parties molles une saillie considérable. Le malade était dans un état tel que l'amputer des deux cuisses, c'eût été m'exposer à le voir mourir sous le couteau. Je réséquai de chaque fémur une longueur de 5 à 6 centimètres. Le périoste n'avait pas exigé d'être décollé ; il était resté adhérent aux parties molles, et les bouts que je réséquai en étaient complétement dépouillés. Le malade survécut plus de six mois à l'opération, et j'avais déjà quitté Lariboisière quand il fut enlevé par un érysipèle. Or le périoste, qui avait été conservé sur chacun des deux membres, avait été complétement détruit par la suppuration. Ainsi, d'une part, on voit des productions nouvelles de tissu osseux s'opérer sans l'intervention du périoste, des fractures comminutives et compliquées de plaie se consolider sans que le périoste ait pris une grande part à leur consolidation; et dans d'autres, enfin, on a pu constater que le périoste, qui avait d'abord été conservé, avait été détruit par la suppuration, et n'aurait pu servir à la formation d'un nouvel os. S'ensuit-il que nous contestions les fonctions régénératrices du périoste ? Pas le moins du monde; mais pour que ses fonctions s'accomplissent, il faut qu'il se trouve dans certaines conditions favorables que l'on ne rencontre point dans les vastes plaies suppurantes. S'ensuit-il encore que nous condamnions la conduite de ceux

qui dans un cas de résection bien indiqué conserveront le périoste ? En aucune façon.

Le périoste pourra, autant au moins que les autres parties molles, avoir son utilité. Mais ce que nous ne voulons point, c'est qu'en exagérant les propriétés régénératrices du périoste, on soit conduit à oublier les règles de la saine chirurgie, à tenter des résections hasardeuses qui n'auraient d'autre résultat que de compromettre l'existence des malades ; car ce n'est pas tout que de ne pas obtenir du périoste un os nouveau tel qu'on l'aurait espéré, il ne faut pas oublier qu'on n'expose pas impunément les malades aux dangers qu'entraîne une vaste plaie qui suppure pendant des mois. Ainsi, pour un métacarpien ou un métatarsien, me fût-il prouvé qu'en l'enlevant avec conservation du périoste il devrait se reproduire dans un temps donné, je préférerais de beaucoup le perdre que de courir les dangers qu'entraînerait le travail nécessaire à sa reproduction.

M. VERNEUIL. Qu'il me soit permis de dire que la discussion s'égare et que nous sommes déjà loin du point de départ. Les circonstances dans lesquelles on peut chercher à conserver le périoste sont diverses. Il y a d'abord les fractures compliquées, dans lesquelles le périoste n'a rien à faire, puis viennent les cas de nécrose et de carie, dans lesquelles le principe de la conservation du périoste est ancien. Mais faut-il conserver le périoste quand il s'agit des résections articulaires? M. Voillemier pense que l'on n'obtient que des lambeaux de périoste dont la présence ne saurait être d'aucune utilité ; je ne suis pas de cet avis. Sans doute, on ne saurait espérer de reproduire les surfaces articulaires, mais on peut obtenir en conservant le périoste des résultats plus favorables. Je dis, en outre, que cette conservation est possible ; ainsi, dans un cas de résection du coude, j'ai pu détacher le périoste, et j'ai enlevé 8 centimètres de l'humérus et 3 centimètres du cubitus. En agissant ainsi, j'ai eu une plaie petite et sans vaisseaux ; la guérison est survenue sans accidents, et, au lieu d'un moignon petit, il s'est formé deux masses osseuses larges qui constituaient une fausse articulation solide.

Enfin, il y a encore un autre côté de la question que l'on ne mentionne pas : il est possible, quand on veut ouvrir une cavité osseuse comme les sinus, d'inciser du premier coup jusqu'à l'os, et d'enlever le périoste avec le lambeau des parties molles, et dans ce cas une substance osseuse vient combler l'ouverture.

M. GIRALDÈS. La discussion actuelle s'est élevée à propos d'un cas d'ablation du maxillaire inférieur, et on a eu tort d'y faire intervenir les fractures compliquées. Il est certain que le périoste gouverne l'harmonie des formes, et cependant l'os qu'il reproduit n'est

pas semblable à l'os ancien ; mais il se reforme en totalité , et quand le périoste a été enlevé, il ne se forme qu'un tissu cicatriciel parsemé de noyaux osseux. Le fait physiologique étant démontré, les applications sont individuelles. M. Verneuil vous en a déjà cité quelques-unes, mais le moment n'est pas venu de formuler ces applications.

M. LIÉGEOIS met sous les yeux de la Société deux dessins représentant la face d'une malade qu'il a opérée, et chez laquelle il y a, selon lui, reproduction d'une portion du maxillaire.

M. FORGET fait remarquer que des faits de cette nature ne peuvent servir à résoudre la question, car le tissu conjonctif peut fournir des noyaux osseux.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 28 avril 1863.

Présidence de M. RICHET, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

CORRESPONDANCE.

M. Lecomte, professeur agrégé au Val-de-Grâce, adresse à la Société, par l'intermédiaire de M. Larrey, un mémoire intitulé : *De l'exploration des balles dans les plaies par armes à feu; des os et des articulations*. (Remercîments à l'auteur.)

— M. Hyerueux adresse un mémoire intitulé : *Du lacs et d'un nouveau porte-nœud sur le pied de l'enfant dans la terminaison des accouchements laborieux, et d'un nouveau repoussoir en cas de prolapsus du cordon ombilical;* communications faites à l'Académie royale de médecine de Belgique. (Remercîments à l'auteur.)

— M. Bourguet (d'Aix) adresse une observation qui démontre un fait de guérison de pseudarthrose par des injections de quelques gouttes d'ammoniaque, au moyen de la seringue de Pravaz, dans le foyer de l'ancienne fracture.

M. BITOT (de Bordeaux) lit une observation intitulée : *Ablation d'un sein cancéreux chez une femme de soixante ans; chloroformisation. — Entrée de l'air dans les veines. — Mort apparente. — Emploi efficace de l'électricité.*

(Renvoi à une commission composée de MM. Guersant, Desormeaux et Béraud.)

M. BERRUT lit un travail *sur une nouvelle suture médiate destinée à réunir les plaies*. (Commission composée de MM. Dolbeau, Follin, Bauchet.)

Polype du larynx. — M. TRÉLAT montre le polype qu'il a enlevé chez une malade de M. Hillairet. L'extirpation de ce polype a été faite par la bouche, au moyen de la ligature extemporanée. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 2 mai.)

M. CHASSAIGNAC. Je veux seulement demander à M. Trélat s'il a connaissance des faits consignés dans le *Medical Times*, faits dans lesquels l'opérateur a eu recours à un écraseur laryngien dont il se loue beaucoup.

M. TRÉLAT. Je ne connais pas ces faits.

M. VERNEUIL. Je possède l'observation de M. Fauvel et je suis autorisé à la publier. Quant au fait de M. Bruns, le journal anglais *The Lancet* n'en a donné qu'une relation très-écourtée, mais je me propose de réunir toutes ces observations et de les publier.

M. TRÉLAT. Le seul fait qui me paraisse avoir quelque analogie avec le mien, est celui de M. Grimm ; je ferai remarquer en outre que si j'ai pu saisir le polype chez mon malade en faisant simplement exécuter un mouvement de déglutition, sans le laryngoscope on n'eût pas connu l'existence de ce polype.

M. VERNEUIL. Pour le diagnostic, le laryngoscope a joué sans aucun doute le premier rôle; cependant on aurait pu opérer sans faire usage de cet instrument, et, à ce point de vue, il y aurait lieu d'établir dans les polypes laryngiens deux groupes : ceux qu'on peut opérer sans le laryngoscope, et ceux qu'on ne peut opérer sans cet instrument. Cette distinction me semble avoir une grande importance pratique.

M. FOLLIN. J'insiste aussi sur la distinction que vient de faire M. Verneuil; dans le cas que j'ai opéré, on ne voyait pas les polypes, et il était impossible de les saisir par la bouche. Le fait de M. Trélat est tout à fait différent, et on ne saurait le rapprocher du mien, puisque la tumeur se voyait et a pu être saisie.

M. TRÉLAT. Je trouve qu'on établit une distinction qui n'est pas fondée en divisant les polypes en ceux qu'on voit et en ceux qu'on ne voit pas. Il est bien plus important de les diviser par leur siége au-dessus ou au-dessous de la glotte; car je pense que ceux qui sont situés au-dessus de la glotte pourront être enlevés par les voies naturelles.

M. VERNEUIL. Je ne propose nullement la division que dit M. Trélat, mais je pense qu'au point de vue opératoire, il faut surtout sa-

voir si le polype est visible ou non ; car une tumeur avec un long pédicule inséré très-bas pourra être vue, tandis qu'une autre restant sessile et insérée plus haut ne sera pas visible.

M. TRELAT. J'attache de l'importance au siége d'implantation, parce que la muqueuse laryngée ne répond pas de la même façon au contact des instruments dans tous les points. A l'orifice supérieur, elle supporte un contact qui, au niveau de la glotte, provoquera les accidents les plus redoutables, de sorte qu'il me paraît extrêmement difficile de songer à porter un instrument dans la glotte.

De la chirurgie réparatrice en présence des graves mutilations de la charpente osseuse de la face. — M. DEBOUT lit sur ce sujet la note suivante :

Il n'est pas de branche de la chirurgie qui ait fait, depuis le début de ce siècle, des progrès plus remarquables que celle qui a pour but de remédier aux difformités du corps. Pendant que les hommes de l'art cherchaient, par d'ingénieux et hardis procédés d'autoplastie, à remédier aux infirmités qui en résultent, les fabricants d'appareils s'efforçaient de lutter avec eux, et quelques-uns d'entre eux ne craignent pas d'opposer aujourd'hui les résultats obtenus avec la prothèse *mécanique* à ceux fournis par la prothèse *organique*.

Rien ne pouvait être plus intéressant que d'étudier ce que cette lutte a produit de résultats incontestables. Cette tâche, je me la suis imposée, vous le savez, et je viens profiter de l'occasion qui m'est donnée de jeter un coup d'œil sur les ressources de l'art dans le cas de mutilations les plus étendues de la face, c'est-à-dire la destruction du nez, de la lèvre et des deux maxillaires supérieurs.

Dans le compte rendu de mes enquêtes, je préfère laisser parler les faits, car, ainsi que l'a dit un philosophe de l'antiquité, un fait est un raisonnement plus une preuve.

Afin de ne laisser aucun doute dans vos esprits, j'emprunterai les exemples que je vais produire, pour marquer les diverses phases de la chirurgie réparatrice, à la pratique des hommes les plus haut placés dans l'histoire de notre art.

La constitution anatomique de la face est telle que même son squelette peut subir des pertes de substance quelquefois très-étendues. Si ces mutilations permettent aux individus qui viennent à en être affectés de guérir, elles leur font payer chèrement leur innocuité relative. Ces pertes de substance, en effet, n'altèrent pas seulement la régularité des traits du visage ; l'atteinte qu'elles portent à l'intégrité des maxillaires cause des troubles considérables dans la phonation et la mastication, et les infirmités qui en résultent sont, par leurs conséquences, dignes de toute notre sollicitude.

Combien peu d'auteurs cependant se sont occupés de ce point de la chirurgie restauratrice ! Je n'ai pas la prétention de combler la lacune que je vous signale, et je m'estimerais heureux d'avoir pu rassembler quelques-uns des matériaux destinés à résoudre la question.

L'œuvre réparatrice est des plus complexes, en raison des éléments anatomiques nombreux qui entraient dans la composition des parties détruites : ceux qui constituaient leur charpente, les os et les cartilages, puis les parties molles, les téguments et les muscles.

Tout ce que l'autoplastie peut tenter dans ces circonstances a été mis à exécution, mais il reste encore à en apprécier les résultats. Les observations produites ont été publiées trop peu de temps après la guérison des malades pour qu'on doive accepter les résultats présentés comme définitifs. L'action rétractile des tissus de cicatrisation, l'absence de soutien des parties reconstituées, sont des éléments de déformation consécutive avec lesquels les auteurs n'ont pas assez compté en parlant des bénéfices que leurs mutilés avaient recueillis de l'acte opératoire. Secondement, l'œuvre autoplastique a ses limites : ainsi, lorsque la mutilation intéresse les deux ordres de tissus, au lieu de vouloir combler toute la perte de substance, l'acte chirurgical doit borner son action à la reconstitution des parties molles, et abandonner le reste de l'œuvre restauratrice à la prothèse. Mais pour faire accepter cette restriction, il importe de fournir des faits à l'appui de la valeur de la restauration mécanique de la charpente de la face. Un de nos collègues, M. Bertherand, chirurgien en chef de l'hôpital d'Alger, vient de me fournir l'occasion de placer sous vos yeux une preuve évidente des progrès accomplis par cette branche de la prothèse.

Afin de vous donner une juste idée de l'étendue de ce progrès, permettez-moi de vous rappeler tout d'abord l'histoire d'un malheureux invalide atteint d'une mutilation exactement semblable à celle que présente le malade de M. Bertherand, et que l'on trouve consignée dans la *Clinique chirurgicale* de Larrey. Ce fait nous montrera le point où en était encore la prothèse mécanique au début de ce siècle.

Destruction de la presque totalité de la face par un boulet de canon. Usage d'un masque pendant vingt années. — Suicide.

Louis Vauté, caporal dans la 88ᵉ demi-brigade d'infanterie de ligne, est atteint pendant le siége d'Alexandrie par un boulet de canon qui, dirigé obliquement, lui emporte presque la totalité de la face. Une partie de l'os de la pommette droite, les deux maxillaires supérieurs, les deux os propres du nez et les cartilages, le vomer, la lame per-

pendiculaire de l'ethmoïde et le cartilage de la cloison, l'os de la pommette gauche, une portion de l'arcade zygomatique de ce côté, ainsi que les trois quarts du maxillaire inférieur et une portion de la langue, furent détruits, et toutes les parties molles correspondantes dilacérées. Ce militaire fut compté tout d'abord au nombre des morts. Le chirurgien en chef de l'armée, Larrey, dont la vigilance ne connaissait pas de bornes, parcourant le champ de combat, rencontra cet infortuné dans une fosse de Caprier, ne donnant d'autre signe de vie que quelques mouvements qu'il faisait avec l'une de ses mains. Il était couché sur le ventre et couvert de poussière. Aidé de l'un des soldats de l'armée, Larrey le souleva et le mit sur son séant, ayant peine à comprendre comment il avait pu survivre quelques minutes à l'horrible blessure dont il était atteint. Rien de plus effrayant que l'aspect de cette plaie profonde remplie de fragments osseux, de lambeaux de chair et de caillots de sang mêlés de poussière. Larrey le fit transporter dans l'un des hôpitaux d'Alexandrie, et lui prodigua ses soins. Il retrancha les parties désorganisées, enleva les esquilles osseuses et isolées de leur périoste, lia les artères coupées par le bistouri, enfin réunit les bords anguleux de cette solution de continuité à l'aide de la suture et d'autres moyens unissants et contentifs.

Grâce aux soins tout particuliers dont Larrey entoura ce blessé, il guérit; ainsi pendant la période de détersion de la plaie, on fut obligé de nourrir Vauté à l'aide d'une sonde œsophagienne, que l'on introduisait d'autant plus facilement que l'arrière-bouche était complétement à découvert. Plus tard il se nourrit lui-même avec des boulettes de riz et de viande hachée, qu'il jetait dans le fond de son gosier, à l'instar de l'éléphant; il n'a cessé de s'alimenter ainsi jusqu'à l'époque de sa mort.

Dans l'observation rapportée par Ribes (*Dictionnaire des sciences médicales*, t. XIX, p. 427), ce chirurgien nous donne la description de l'état de la blessure, alors que co mutilé habitait l'Hôtel des Invalides.

La figure ci-jointe nous dispense de reproduire cette partie de son récit (fig. 4). Un simple coup d'œil suffit pour se convaincre que la parole et la mastication étaient impossibles.

Muni d'un masque doré à l'intérieur et couvert d'une couche de couleur de chair à l'extérieur, Vauté cachait sa difformité et parvenait à se faire entendre un peu; mais la plus grande incommodité dont il se plaignait était l'écoulement incessant de la salive, qui était reçue par des compresses placées dans la partie inférieure de son masque; il était obligé de renouveler ces linges plusieurs fois dans la journée.

Malgré tous ces inconvénients pénibles, cet invalide a pendant près de vingt années supporté son existence avec la plus entière résignation. Cependant le courage a fini par lui manquer, et en 1821 il mit fin à ses misères !

Fig. 1.



Le suicide de ce glorieux mutilé avait laissé une pénible impression dans l'esprit de Larrey, car bien des années encore après, l'illustre chirurgien, causant avec moi de cet événement, déplorait le faible secours que la prothèse avait fourni à Vauté; il me manifesta même le regret de ne pas avoir essayé de lui faire faire une mâchoire artificielle. Un dentiste de Paris, dont il me cita le nom, lui avait amené une dame privée du nez et de la voûte palatine, et pour laquelle il avait fabriqué une pièce qui comblait la perte de substance. Notre collègue M. Hip. Larrey pourra sans doute nous donner quelques détails plus précis sur ce fait.

Toujours est-il que bien qu'il déplorât le peu de valeur des ressources de la prothèse au début de ce siècle, Larrey n'a rien dit dans

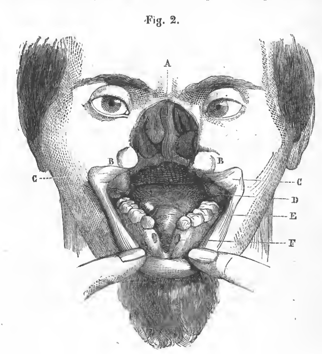
sa clinique des résultats de l'essai dont il avait été le témoin. Ce silence est regrettable, car nous sommes les meilleurs juges de ces tentatives; aussi ne voulant pas suivre cet exemple, je vous ai fait présenter le mutilé que m'a adressé notre collègue M. Bertherand, afin que vous fussiez les témoins de l'étendue du secours d'une prothèse bien faite.

Voici l'histoire de ce blessé.

Destruction complète du nez et de la voûte palatine; légère perte de substance de la portion moyenne du maxillaire inférieur; restauration mécanique de toutes ces parties.

Pierre C..., ouvrier d'administration à Bougie (Afrique), âgé de vingt-neuf ans, reçut le 4 août 1860 un coup de feu (mousqueton chargé de chevrotines) qui traversa le plancher buccal et la langue, brisa les maxillaires inférieur et supérieur, déchira largement la lèvre supérieure et emporta la totalité du nez, laissant une plaie affreusement béante (fig. 2). Cet homme fut transporté à l'hôpital militaire,

Fig. 2.



où il reçut les soins du docteur Méquart. Ce chirurgien, après avoir retranché les parties désorganisées, enlevé les esquilles osseuses isolées de leur périoste, rafraîchit les bords de la solution de continuité de la lèvre supérieure, et les réunit à l'aide de la suture entortillée. La guérison fut rapide.

Au début de l'année 1861, une décision ministérielle fit rentrer C... en France, et le 25 mai il entrait au Val-de-Grâce, dans le service de M. Legouest. Notre collègue se borna à lui faire adapter un nez artificiel en argent. Quelques mois après, on le faisait rejoindre son corps à Constantine, où son congé de libération lui fut délivré.

C... songeait à revenir à Paris, lorsqu'il fut obligé d'entrer à l'hôpital civil d'Alger pour se faire traiter d'un kyste salivaire. Ce kyste guéri, M. le docteur Bertherand, témoin de l'étendue de l'infirmité de cet homme, tenta de faire réparer la brèche de la voûte palatine par un dentiste d'Alger. Divers essais restant sans résultat, notre collègue m'adressa son mutilé.

Dès son arrivée à Paris, je le plaçai dans le service de notre cher maître M. Velpeau, et je priai M. Préterre de nous fournir une fois de plus la preuve de son talent pour la restauration mécanique des pertes de substance des maxillaires.

Vous allez voir que cet habile dentiste a fait plus encore.

La figure ci-jointe, dessinée d'après nature par M. Léveillé, donne une idée exacte de l'étendue de la mutilation de C... Le nez a complétement disparu; à sa place existe une vaste cavité béante A, bornée en bas par deux mamelons B, B, débris des narines recoquillées; il ne reste aucun vestige de la charpente osseuse qui soutient le nez dans l'état normal; c'est-à-dire que les os propres du nez, les apophyses montantes des os maxillaires supérieurs, la voûte palatine et la partie antérieure de l'arcade dentaire, sont entièrement détruits. Sur les côtés, les masses latérales des maxillaires ont été un peu entamées, mais les cornets et les méats existent, et il ne reste en outre que les tubérosités où sont implantées les deux dernières molaires de chaque côté D.

La mâchoire inférieure a perdu sa forme parabolique. Cette modification est due à la perte de substance de la portion de l'os qui recevait les quatre incisives F.

La lèvre supérieure, qui dans cette figure a été représentée divisée, afin de montrer l'étendue de la mutilation, présente, à peu près à sa partie moyenne, une cicatrice linéaire et longitudinale résultant de la réunion des parties molles; elle est complétement cachée par les poils des moustaches.

Enfin, le tiers antérieur de la langue, c'est-à-dire toute la partie

libre de cet organe, a été détruit; elle est remplacée par un mamelon arrondi formé par la saillie des glandes sublinguales du côté gauche. Les mouvements du reste de cet organe en sont gênés.

On comprend les obstacles que de tels désordres devaient apporter à l'accomplissement des fonctions de la bouche. C... ne pouvait faire usage que d'aliments mous et liquides. Pour boire, il lui fallait imprimer à la tête une attitude toute particulière de supination. Il retenait difficilement sa salive; sa prononciation était inintelligible, et, ce qui affectait le plus douloureusement notre mutilé, il lui fallait recourir à un artifice ennuyeux (obturation des narines de son nez d'argent) pour recouvrer la faculté de fumer.

Vous n'attendez pas de moi la description minutieuse et technique des pièces à l'aide desquelles M. Préterre est parvenu à combler ces diverses pertes de substance. Les dessins que je place sous vos yeux suffisent pour vous rendre compte de la manière dont elles agissent.

Fig. 3.

La fig. 3 représente la pièce qui remplit le vide de la mâchoire inférieure, et s'oppose ainsi à l'écoulement de la salive.

La fig. 4 montre la partie la plus importante et la plus délicate de l'œuvre prothétique, une voûte palatine D garnie en avant d'une arcade dentaire, et allant prendre ses points d'appui sur les quatre dents molaires restées en place. Au centre de cette pièce est placé un pivot F, sur lequel vient se fixer un ressort à pression continue qui supporte le nez artificiel N. Cette partie de l'appareil prothétique est fabriquée avec le caoutchouc, de sorte que la simple pression des doigts sur la partie supérieure de la pièce (A, fig. 5) suffit pour l'enlever.

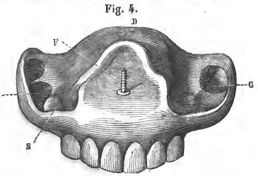


Fig. 4.

Muni de ces trois pièces (fig. 6), C... n'est plus le même; sa parole est suffisamment intelligible, et le deviendra davantage lorsqu'il sera plus habitué à la présence de ces pièces. Notons toutefois que la perte de la pointe de la langue et les adhérences de la portion restante de cet organe apporteront toujours un obstacle à la netteté de la prononciation. Le secours est plus considérable pour les autres fonctions de la bouche : ainsi la salive ne se perd plus ; il peut fumer sans recourir à aucun artifice. Enfin, ce qui est beaucoup plus important, les arcades dentaires supérieures et inférieures se correspondant

Fig. 5.

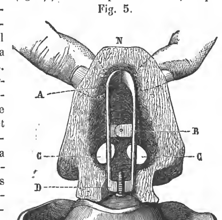
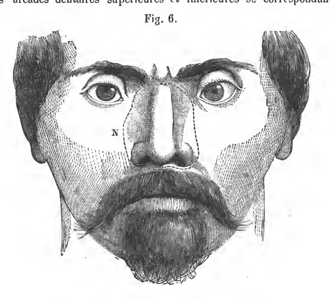


Fig. 6.



exactement, cet homme a recouvré la faculté de broyer des aliments solides, et sa santé générale en bénéficiera.

Voyons maintenant ce que l'autoplastie peut donner pour la réparation d'une mutilation à peu près semblable. Nous emprunterons notre exemple à la chirurgie réparatrice de Roux ; c'est l'histoire d'un malade que beaucoup d'entre vous ont pu voir en 1844 dans le service de ce chirurgien. Au récit de Roux , je viens ajouter le portrait photographié dix-neuf années après l'opération , afin de vous permettre de juger l'étendue du secours chirurgical.

Destruction de la plus grande partie de la face. — Restauration de l'ouverture de la bouche par l'autoplastie et usage d'un nez artificiel pour cacher le reste des parties.

« Un jeune homme, âgé de vingt-cinq ans, en travaillant dans une carrière, avait eu , non pas toute la tête , mais la face écrasée et comme broyée par un amas de pierres tombées de très-haut. Il eut le bonheur, si c'en est un, de survivre à une blessure qui laisse à peine quelques traces d'une figure humaine ; il eut le bonheur , dis-je, d'échapper aux accidents qui furent la suite de cette mutilation. Mais de nombreuses portions d'os s'étaient détachées de la mâchoire inférieure et de chacune des deux moitiés de la mâchoire supérieure, les os du nez particulièrement ; des eschares s'étaient formées ; des lambeaux de parties molles étaient tombés , et après la cicatrisation des plaies , la face avait éprouvé la plus singulière transformation. A peine quelques petites portions de la peau étaient-elles restées glabres et lisses , comme sont les téguments dans l'état naturel : on eût dit une cicatrice presque générale , d'ailleurs inégale et gaufrée ; presque toutes les saillies du visage avaient disparu , il n'y avait plus qu'une surface plane du côté droit. A gauche , l'œil était considérablement éraillé , à cause de la destruction presque complète de la paupière inférieure ; il avait toutefois conservé, à peu de chose près, son intégrité naturelle, et pouvait fonctionner. Du côté droit, au contraire , l'œil était encore suffisamment voilé par les paupières , mais il était opaque, atrophié et inhabile à la vision. Il n'y avait plus de lèvres, et rien n'indiquait la place ordinaire de la bouche. Une seule ouverture tenait lieu de celle-ci, et communiquait en même temps dans l'intérieur des narines , dont elle semblait être l'entrée plutôt que celle de la cavité buccale. Placée entre les deux yeux , ou pour dire plus vrai , sur la même ligne que l'œil gauche , lequel était tiré un peu en bas par les cicatrices , cette ouverture était irrégulière , mal circonscrite , de forme à peu près triangulaire cependant , et à peine assez grande pour admettre l'extrémité du doigt médius. C'était

l'unique voie pour l'entrée de l'air dans les narines, l'unique voie conséquemment par laquelle la respiration pût se faire. C'était aussi l'unique voie par laquelle ce malheureux jeune homme pût prendre de la nourriture : ce qu'il faisait en introduisant avec le bout du doigt les aliments par petites parcelles, jusque sur les dents de la mâchoire inférieure. Et ces aliments, il les triturait à grand'peine ; car l'arcade dentaire supérieure manquait en grande partie ; car les mouvements de la mâchoire inférieure étaient très-bornés : on eût dit qu'il y avait ankylose presque complète des deux articulations de cet os. Cependant la santé générale n'était pas altérée : l'embonpoint était en rapport avec l'âge du sujet, et n'annonçait pas un dépérissement réel du corps. J'allais oublier de dire que sur toute la face, et particulièrement au-dessous de l'ouverture que je décrivais à l'instant, les parties molles étaient, non pas bridées au point où le sont quelques cicatrices, surtout celles qui succèdent aux brûlures, mais tendues et peu mobiles sur les os qu'elles recouvraient.

» Rien de moins semblable, comme vous le voyez, à une figure humaine que la face du malheureux jeune homme dont il s'agit. Peut-être consacrerai-je un dessin à vous faire mieux connaître encore l'étendue de sa difformité (1). Son accident datait de deux ou trois ans déjà, et depuis ce temps, devenu un objet à la fois de pitié et de dégoût, il était réduit à vivre avec ses proches, sans pouvoir se livrer à aucun travail ; et ce n'était pas sans grands efforts qu'il parvenait à prendre et à triturer la quantité d'aliments nécessaires à sa sustentation. Sa triste position inspira de l'intérêt. On le fit venir à Paris : il était des environs de Sarrebourg, dans le département de la Meurthe ; un médecin de cette ville, M. Constantin, me l'adressa, en me le recommandant d'une manière particulière. Je le reçus dans mon service à l'Hôtel-Dieu. Il y entra au mois de mai 1844.

» Il n'y avait rien à faire dans le but de changer l'état de l'œil gauche : cet œil était perdu pour toujours. Entreprendre de faire une paupière inférieure nouvelle du côté droit, et cela pour donner au seul œil qui restait un abri contre l'injure des corps extérieurs, eût été chose peu raisonnable ; outre qu'il n'y avait plus de bord libre, à peine aurait-on pu faire remonter une portion des téguments jusqu'au niveau de la partie inférieure de l'œil ; et le lambeau destiné à remplir l'intervalle des bords d'une plaie horizontale n'aurait pu être formé que de parties plus ou moins altérées par des cicatrices. Mais

---

(1) Nous donnons plus loin la gravure du portrait de Jœmpfer, que nous avons trouvé dans les cartons de M. Roux. (*Note du Rédacteur.*)

il était rigoureusement possible d'entreprendre une rhinoplastie. Ce qui semblait plus facile encore, c'était de rétablir la bouche, c'est-à-dire de former une ouverture particulière destinée à l'introduction des aliments, et qui, placée à quelque distance au-dessous de l'unique ouverture qu'on voyait à la face, corrigerait un peu ce qu'il y avait d'étrange et d'horrible dans la physionomie de ce malheureux jeune homme. Comment avait-on tant tardé à lui donner le conseil de venir à Paris pour y réclamer les secours que sa position comportait ? C'est ce que je ne puis comprendre.

Ce qu'il y avait de plus choquant dans sa difformité, c'était l'absence de la bouche, et par là j'entends seulement les lèvres et l'intervalle qui les sépare. C'est ce qu'on devait réparer en premier lieu. C'est aussi par cela que je commençai. Je me réservai de tenter en second lieu la formation d'un nez artificiel. C'était chose facile, sans doute, que de pratiquer une fente transversale à quelque distance au-dessous de l'entrée triangulaire des narines, là où la bouche avait dû exister, mais où elle n'existait plus, et de transpercer ainsi la couche de parties molles qui formait une sorte de paroi antérieure à la cavité buccale. Mais il fallait qu'après la rétraction des parties divisées, l'ouverture se trouvât autant que possible sur la ligne des arcades dentaires. Il fallait aussi que, malgré cette rétraction, qui devait être forte du côté de la mâchoire inférieure, les parties à diviser étant là très-tendues et comme bridées, les dents de cette mâchoire fussent couvertes par une sorte de lèvre inférieure.

» Enfin, il fallait aviser au moyen d'empêcher le rapprochement des lèvres de la division, et leur adhésion progressive de chacun des angles vers la ligne médiane; et pour cela il y avait à transformer ces deux bords sanglants en deux surfaces réfractaires au travail adhésif. On connaît, pour arriver à ce dernier résultat, un procédé efficace, quand les bords d'une plaie sont limités par la peau d'une part, et d'autre part par une membrane muqueuse : c'est de creuser en gouttière chacun de ces bords pour pouvoir rapprocher l'une de l'autre, et réunir immédiatement l'une à l'autre la peau de la membrane muqueuse; c'est, en d'autres termes, de revêtir immédiatement chacun de ces bords avec la partie du tissu muqueux qui les avoisine.

» Pour faire que la nouvelle bouche se trouvât encore située convenablement après la rétraction que je supposais devoir être très-forte, inférieurement surtout, je pratiquai la division des parties à quelques lignes seulement au-dessous de l'ouverture qui occupait la place du nez. Je fus bien inspiré ; car même avec la précaution que j'avais prise et à cause de la rétraction des tissus, les dents inférieures restèrent un peu à découvert au-dessus du bord libre de ce qui formait

la lèvre correspondante. Cette rétraction fut proportionnément un peu moins forte en haut, et les parties conservées au-dessus do la fente ont suffi plus tard pour couvrir le vide ou l'échancrure que présentait la mâchoire inférieure.

» La division opérée, j'eus recours, pour transformer soudain les deux lèvres de cette division aux deux bords muqueux non susceptibles d'adhérer l'un à l'autre, au procédé que j'indiquais plus haut. C'est à M. Jobert, je crois, qu'en appartient la première pensée, pensée heureuse, qui peut trouver son application dans plusieurs circonstances. J'évidai en quelque sorte, passez-moi l'expression, chacun des deux bords de la plaie, c'est-à-dire que je retranchai entre la peau et la membrane muqueuse quelque peu du tissu dense, serré, probablement encore musculeux, qui leur était intermédiaire, afin do pouvoir amener la membrane muqueuse par son bord sanglant à la rencontre de la couche cutanée. Je parvins sans peine à opérer ce rapprochement. Les deux membranes furent maintenues en contact à l'aide de la suture simple. Quatre ou cinq points ont suffi pour chacun des deux bords de la fente. Peut-être aurais-je pu n'agir de la sorte que sur l'un des deux : avec cette seule couche de membrane muqueuse sur l'un de ces bords, leur adhésion mutuelle aurait été rendue impossible, et la nature aurait eu seulement à travailler à la cicatrisation de l'autre. Mais j'avais craint que par ce travail de cicatrisation la membrane muqueuse ne fût pas suffisamment attirée de dedans au dehors, de l'intérieur à l'extérieur, et qu'ainsi l'un des deux bords présentât moins encore que l'autre l'apparence naturelle du bord libre des lèvres.

» Tout réussit au gré de mes désirs. Je n'avais pas eu la prétention d'obtenir une bouche parfaitement configurée, aux contours gracieux, et présentant dans toute sa circonférence une grande flexibilité. Non, j'avais voulu seulement former une ouverture symétrique, suffisamment grande pour l'introduction des aliments et l'exercice de la parole. J'avais bien prévu que les bords en seraient droits, roides et peu mobiles. Tels ils ont été, en effet, après leur entière consolidation; et le temps, sans doute, n'y aura apporté aucun changement. Mais ils présentaient, l'un et l'autre, une teinte vermeille; mais l'ouverture qu'ils limitaient n'avait par elle-même rien de très-disgracieux; et cette bouche nouvelle, qui laissait voir les dents de la mâchoire inférieure, imprimait déjà un caractère tout particulier à la physionomie du malheureux jeune homme que j'avais entrepris de rendre moins hideux.

» Le moment était venu de former un nez nouveau, ou quelque chose qui tînt lieu du nez et cachât l'ouverture par laquelle on voyait

l'intérieur des narines, sans intercepter la communication de ces cavités au dehors. C'est ce que j'avais projeté de faire dans le principe. Mais après avoir bien pesé toutes choses, j'abandonnai ma première pensée. A cause de la position de l'ouverture par rapport aux deux yeux, qui ne se trouvaient plus sur la même ligne horizontale, et qui n'étaient pas à égale distance de la ligne médiane, le nouveau nez aurait été plus rapproché de l'un que de l'autre. Et de quoi eût-il été formé? D'une portion des téguments de la région frontale très-amincis, déformés par des cicatrices, et dépourvus peut-être de vaisseaux suffisants pour le maintien de la vie dans le lambeau autoplastique, à cause même du travail de cicatrisation dont ils avaient été le siége. En supposant même que cette cause de non-succès de l'opération n'existât pas, ce nouveau nez ainsi constitué n'aurait déguisé que bien faiblement la difformité. Je ne voulus pas, pour un résultat si précaire, exposer le malade aux chances d'une rhinoplastie, opération après laquelle on a vu survenir des accidents graves et même mortels, et alors qu'elle avait été entreprise dans des circonstances très-favorables. Je me contentai de lui faire fabriquer un de ces nez artificiels dont tant de personnes font usage, tantôt adaptés à des bésicles, tantôt simplement supportés par une tige qui, posée sur le milieu du front, se recourbe et se prolonge jusque sur le sinciput. Le sien était de cette dernière sorte : c'est avec un tel nez postiche que Jœmpfer (c'est le nom du pauvre garçon dont je viens de rapporter le cas) a quitté l'Hôtel-Dieu.

» Rien n'était normal dans sa figure; toutes les parties planes et continues étaient ridées, plissées, et comme estampées par des cicatrices; il n'y avait pas de symétrie de position entre les deux yeux, l'un d'eux d'ailleurs était opaque et atrophié, en même temps qu'il manquait de paupière inférieure ; le menton était sans saillie ; la bouche n'était qu'une sorte de grande boutonnière faite en travers, une fente à bords tendus et roides; et le nez postiche un simulacre bien imparfait du nez proprement dit. Pourtant au moyen de ce nez artificiel, et avec cette bouche nouvelle, derrière laquelle apparaissaient quelques dents, et qui pouvait être ouverte et fermée, moins à la vérité par le jeu des lèvres que par le mouvement de la mâchoire inférieure, cet homme excitait sans doute encoro un sentiment de pitié, mais il n'était plus horrible à voir. Il n'y avait plus pour lui nécessité absolue de cacher sa figure, en laissant seulement ses yeux à découvert, comme il l'avait fait précédemment. Quelles habitudes nouvelles de vie a-t-il prises? Je l'ignore. » (*Chirurgie réparatrice*, p. 133).

Lorsque Roux a publié son ouvrage (1854), dix années s'étaient écoulées depuis l'opération de Jœmpfer, et rien ne lui eût été plus

facile que d'en apprendre les suites; il eût suffi d'interroger le confrère qui lui avait adressé le malade. Mais l'ingénieux chirurgien appartenait encore à une génération qui s'est peu préoccupée des résultats éloignés des procédés opératoires. Ce que Roux a omis, nous l'avons fait, et grâce à l'obligeance de M. le docteur Jules Weiss (de Sarrebourg), nous pouvons compléter cette intéressante observation.

Nous plaçons tout d'abord sous vos yeux le portrait photographié de Jœmpfer, dix-neuf années après son opération, et le dessin pris en 1844 pendant qu'il était à l'Hôtel-Dieu.

Fig. 7.



Portrait de Jœmpfer avant l'opération (1844).

Je vous ferai remarquer que cet homme a seulement trente-quatre ans et qu'il n'est pas encore arrivé à cette époque de la vie où le temps seul suffit pour altérer les traits du visage ; les modifications dont nous sommes les témoins doivent être rapportées aux suites de la blessure et de l'œuvre chirurgicale.

Au point de vue plastique, Jœmpfer a peu gagné ; aussi M. Weiss me mande :

« Après comme avant l'opération, cet homme est forcé de cacher le milieu de sa figure à l'aide d'un mouchoir. »

Le bénéfice est moins contestable en ce qui concerne certaines fonctions de la bouche : « La parole, ajoute M. Weiss, est très-difficile, presque incompréhensible pour ceux qui n'ont pas l'habitude de l'entendre. La mastication a plus profité, car Jœmpfer est à même, à l'heure qu'il est, d'user de toute espèce d'aliments, même de viande, aussi sa nutrition ne souffre-t-elle pas.

Fig. 8.



Etat du mutilé dix-neuf ans après l'opération.

» Il mange beaucoup plus facilement qu'avant l'opération. » (Lettre du 15 septembre 1862).

Si M. Roux s'était borné à restaurer la lèvre supérieure sans boucher complétement l'entrée des fosses nasales, on aurait pu appliquer à Jœmpfer une plaque palatine, sur laquelle on eût fixé un nez artificiel, ainsi que cela a été pratiqué chez le mutilé précédent. L'œuvre de cette restauration, si elle avait été accomplie en combinant les deux ressources de la prothèse, eût fourni un résultat beaucoup plus utile au mutilé.

Le dernier exemple qui me reste à vous citer est celui d'une tentative de M. Lüer pour la restauration du nez et de la lèvre supérieure au moyen du caoutchouc vulcanisé. Ce fait doit vous intéresser d'autant plus que les premiers essais vous ont été soumis par Lenoir dans votre séance du 23 février 1853, et que l'expérience semble venir justifier les prévisions de notre regretté collègue (1).

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. III, p. 413.

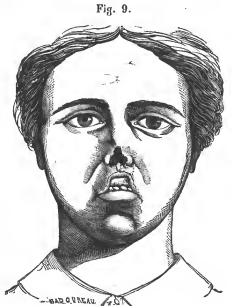
Destruction du lobule du nez et de la lèvre supérieure par un lupus. Usage d'un nez et d'une lèvre en caoutchouc depuis huit années.

Mlle D..., sous-surveillante à la Salpêtrière, est née en 1830 à Labussière (Pas-de-Calais).

A l'âge de treize ans, les premières atteintes d'un lupus se manifestèrent à la partie inférieure de la cloison du nez. Le traitement mis en œuvre par le médecin du lieu restant sans effet, la malade vint à Paris, et fut admise à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert (de Lamballe). Malgré l'emploi de l'huile de foie de morue à haute dose et de la cautérisation répétée des tubercules, la maladie poursuit sa marche envahissante, couvre l'étendue des deux joues et détruit une grande partie du lobule du nez.

Quelques années après, Mlle D... entre à la Charité, dans le service de M. Gerdy, qui tente en vain la cure de la malade. Cette jeune personne voulant aller passer quelques mois dans son pays, Gerdy, pour cacher la difformité produite par la mutilation du lobule, lui fit construire un nez en argent tenant en place à l'aide de branches de lunettes. Lorsque cette malade rentra à la Charité, le lupus avait détruit une partie de la lèvre supérieure et ramené la difformité, car cette région n'était pas couverte par l'appareil. Gerdy accepta alors l'offre que lui fit M. Lüer de construire pour sa malade un nez et une lèvre supérieure en caoutchouc vulcanisé. Cet appareil fut appliqué peu de temps après. Voulant s'affranchir de la nécessité d'une monture de lunettes pour maintenir la pièce, M. Lüer avait fixé à la partie postérieure de celle-ci une tige métallique supportant une rondelle en caoutchouc qui, introduite à l'intérieur de la cavité nasale, per-

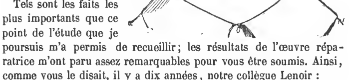
Fig. 9.



mettait de fixer l'appareil sans le secours d'un mécanisme apparent à l'extérieur. L'ingénieux fabricant n'avait pas réfléchi que son essai avait lieu, cette fois, chez une malade affectée d'un lupus non encore guéri, et que le traumatisme produit par sa rondelle pouvait ramener l'ulcération des parties encore trop récemment cicatrisées : c'est ce qui arriva. Mlle D... s'ingénia alors à fixer son nez artificiel en collant sur ses joues les bords de la lame de caoutchouc au moyen d'une solution de gomme laque. Une circonstance vint en aide à la réussite de sa tentative. M. le docteur Félix Rochard, à l'instigation de M. Piedagnel, entreprit le traitement de cette malade, et les résultats en furent tels, que depuis cette époque (1) cette demoiselle a recours impunément à cet artifice. Il y a quelques jours encore, nous avons fait une visite à cette intéressante mutilée, et nous avons pu constater de nouveau la réalité du service qui lui a été rendu par la prothèse. Nos collègues MM. Broca et Follin, chirurgiens de la Salpêtrière, peuvent ajouter leur témoignage au nôtre.

Fig. 10.

Fig. 11.



Tels sont les faits les plus importants que ce point de l'étude que je poursuis m'a permis de recueillir; les résultats de l'œuvre réparatrice m'ont paru assez remarquables pour vous être soumis. Ainsi, comme vous le disait, il y a dix années, notre collègue Lenoir :

1° Lorsque la mutilation du nez est complète, le chirurgien aura

---

(1) Note sur deux cas de guérison remarquable de lupus par le docteur F. Rochard, extraite du *Moniteur des sciences*. 1859.

recours avec plus d'avantages à l'emploi des pièces mécaniques qu'aux opérations autoplastiques.

2° Toutes les fois que le sacrifice ne sera pas trop considérable pour les mutilés, ces pièces devront être fabriquées de préférence avec le caoutchouc. La coloration de ces pièces, comme le faisait remarquer notre regretté collègue, n'offre pas le luisant des nez d'argent, et la mollesse de la substance fait que dans une chute sur la face il n'y a aucune lésion à craindre de sa part sur les pointes du visage sur lesquels la pièce s'appuie.

Le nouveau fait que je viens de vous citer montre encore que l'œuvre prothétique peut accomplir aujourd'hui la restauration mécanique de la lèvre supérieure en même temps que celle du nez. Ce fait est d'autant plus précieux, que l'intervention de la chirurgie plastique ne saurait avoir lieu lorsque la maladie existe encore ou qu'elle a altéré profondément les tissus de la région.

Enfin, lorsque la mutilation a porté en même temps sur le nez et sur les maxillaires supérieurs, l'œuvre autoplastique doit se borner au raccourcissement de la lèvre, lorsque ce résultat est possible, et la restauration du nez et celle de la voûte palatine être abandonnées à la prothèse mécanique.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. RICHET montre un malade qu'il a déjà fait voir à la Société il y a huit ans, et qui est atteint d'une division complète de la trachée avec perte de substance. Cet homme, pour lequel M. Richet avait fait faire une canule spéciale, se trouve bien de l'usage de cet instrument ; il ne peut s'en passer, et il est du reste dans d'excellentes conditions de santé.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 6 mai 1863.

Présidence de M. RICHET, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Ch. Dubreuil (de Bordeaux) adresse à la Société l'histoire d'un accouchement laborieux dans lequel des adhérences de la région sacrée du fœtus existaient avec une tumeur de nature douteuse et qui paraît à l'auteur être de nature encéphaloïde. (MM. Laborie et Blot sont chargés d'examiner cette pièce).

— M. Francesco Cortese envoie à la Société, par l'intermédiaire de M. Larrey, la seconde partie de son *Guide théorique et pratique du médecin militaire en campagne.* (Remercîments à l'auteur).

— M. AZAM (de Bordeaux), membre correspondant, adresse, avec un modèle en plâtre, une observation intitulée *Luxation complète du pied en arrière et en haut, sans fracture du péroné.*

Il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, qui, portant avec un de ses camarades un poids de 150 kilogrammes, fit une chute sur la partie postérieure du tronc; le pied gauche avait glissé en avant. Il en résulta une douleur vive et une déformation subite dans le cou-de-pied. Ce malade, qui ne pouvait marcher, se livra à un rebouteur qui lui promit la guérison, mais qui ne la lui procura pas. Ce fut seulement quinze jours après l'accident qu'il entra à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

M. Azam examine dans son observation les saillies osseuses, les dépressions, la largeur de la région, la saillie du talon en arrière, la courbe décrite par le tendon d'Achille, etc., et croit pouvoir conclure à une luxation en arrière du pied sans fracture du tibia ni du péroné, et j'ajoute, sans se demander si la partie postérieure de la surface astragalienne du tibia a été détachée de cet os. Il pense, en outre, que l'astragale a remonté entre le tibia et le péroné, sans que ni l'un ni l'autre de ceux-ci fût fracturé. Les tentatives de réduction ont été inutiles. Six mois après l'accident le malade a pu marcher sans canne et se livrer à un exercice relativement assez pénible.

M. MOREL-LAVALLÉE. En examinant ce plâtre, je ne crois pas que le titre de l'observation soit exact, et je pense que le moule qu'on nous envoie représente non une luxation, mais une fracture sus ou intra-malléolaire. Je suis étonné que M. Azam n'ait pas mesuré la longueur des deux tibias; de plus, il fallait constater exactement la position de la malléole interne, ce qui n'est pas toujours facile, ainsi que j'ai pu le remarquer dernièrement encore chez un de mes malades. Il y a donc des lacunes regrettables dans cette observation, qui se rapporterait d'ailleurs à un fait unique, si l'on admet, comme M. Azam, que l'astragale est porté en haut et en arrière sans que les os soient fracturés.

M. HUGUIER. S'il s'agissait d'une luxation du pied, l'écartement des malléoles serait plus considérable. Je pense que la saillie que l'on suppose être l'astragale est formée par l'extrémité inférieure du fragment supérieur du tibia, et qu'il y a là une fracture sus-malléolaire.

M. VOILLEMIER. Il s'agit ici, selon moi, d'une fracture du tibia oblique de haut en bas et d'avant en arrière; la face dorsale du pied

a sa longueur normale, la saillie antérieure est formée par le fragment inférieur jeté en avant, et la saillie interne est formée par le fragment supérieur.

M. LEGOUEST. Il est très-difficile de retrouver les saillies osseuses sur un plâtre; cependant, en comparant celui-ci avec ce que j'ai pu voir sur d'autres pièces, je suis porté à penser qu'il y a eu ici une fracture oblique du tibia et du péroné avec une luxation incomplète du pied en arrière. C'est ainsi qu'on peut s'expliquer la longueur de la distance qui sépare le talon du sinus rentrant que l'on voit en arrière.

M. HOUEL. Il y a dans le musée Dupuytren une pièce semblable à celle-ci, et on y remarque une fracturo du bord postérieur du tibia, avec une fracture oblique de la malléole externe. J'apporterai ici cette pièce dans la prochaine séance.

(La discussion est renvoyée à la prochaine séance.)

Suite de la discussion sur le rôle du périoste.

M. RICHET. Avant d'entrer dans la discussion sur la puissance ostéogénique du périoste, je demande à la Société la permission de lui soumettre une pièce qui m'a été remise par M. Liégeois, agrégé de la Faculté, et qui selon lui prouverait clairement ce pouvoir reproducteur. Il s'agit d'un individu chez lequel, à la suite d'une fracture de l'avant-bras suivie d'accidents graves, les deux os, c'est-à-dire les deux fragments inférieurs appartenant au cubitus et au radius, furent expulsés après une assez longue suppuration. Voici ces deux portions osseuses sur lesquelles on reconnaît tous les caractères des os nécrosés. Après cette expulsion, le radius s'est reproduit, et vous voyez ici ce nouvel os qui occupait seul le centre du membre, le cubitus ne s'étant pas régénéré. Cette pièce appartient à M. le docteur Lépine fils (de Dijon), dans la thèse duquel elle a été décrite.

Je ne saurais partager l'opinion de M. Liégeois sur la valeur de cette pièce dans la discussion qui nous occupe; j'admettrai sans difficulté que cette pièce témoigne de la puissance ostéogénique du périoste, mais du périoste *enflammé* et *suppuré;* or c'est là une question sur laquelle les chirurgiens sont depuis longtemps d'accord, c'est la théorie de la formation des séquestres et de l'étui osseux qui les enferme, étui que l'on est souvent obligé de briser pour les enlever. Mais ce n'est point là la question que nous discutons en ce moment; il s'agit de savoir si un os dont on sépare le périoste par une dissection plus ou moins laborieuse, peut être reproduit par cette membrane. Or, la pièce que je mets sous les yeux de la Société ne résout point cette question.

Quant à moi, je ne suis ni un adversaire ni un admirateur de cette chirurgie dite nouvelle qui prétend obtenir la régénération du squelette en le dépouillant de son périoste ; je cherche ce qu'elle a de vrai au fond, et j'aurais plutôt une certaine tendance à admettre son efficacité. J'y suis en effet tout naturellement porté, probablement comme tous mes collègues, par ce que j'ai appris au début de mes études sur le rôle du périoste, et comme beaucoup de ceux qui ont pris déjà la parole, je ne puis m'empêcher d'exprimer mon étonnement en voyant M. Flourens traiter cette question comme si elle était née d'hier. Seulement il me semble que personne jusqu'ici, dans cette discussion, n'a tenu compte des opinions de M. Lebert, de celles de M. Cruveilhier et de M. Lambron sur la part que prennent les os eux-mêmes et les parties molles qui les enveloppent dans la régénération du squelette. Si on se reporte en effet à ce qui se passe dans la formation du cal, qui n'est après tout qu'un os nouveau, on voit que ce n'est point seulement le périoste qui reproduit l'os, mais encore les extrémités osseuses elles-mêmes, et aussi les parties molles environnantes. Tout le monde connaît cette expérience déjà citée de l'extirpation complète d'un os, y compris son périoste, suivie de la production d'un nouvel os, preuve évidente de la participation des parties molles qui enveloppent l'os à la régénération du tissu osseux. Ainsi le périoste n'est point le seul organe producteur de la substance osseuse ; loin de là, le tissu osseux et les parties qui l'environnent concourent à la sécrétion de cette lymphe plastique qui plus tard sera le fondement du nouvel os.

Quoi d'étonnant, dès lors, que dans les cas où, après la résection des extrémités articulaires cariées, on a conservé une petite manchette de périoste, il se reproduise une sorte de moignon plus ou moins régulier qui surmonte les portions osseuses sur lesquelles a porté la section ! C'est là un phénomène en tout semblable à celui de la formation du cal, et si l'on doit admettre que le périoste y joue un rôle, il faut ne pas refuser la participation évidente du tissu osseux et des parties molles environnantes. Seulement je serais assez disposé à croire que le périoste découpé en manchette conserve mieux le suc osseux qu'il régularise dans sa solidification, et auquel il sert de moule, si l'on veut bien me passer cette expression. Mais c'est là d'ailleurs une question sur laquelle je me propose de revenir tout à l'heure.

Je ne m'appesantirai pas davantage sur ce que j'appellerai la partie physiologique de la question. Je ne suis pas de ceux qui pensent qu'on puisse la résoudre avec des expériences sur les animaux, car il ne me paraît pas rationnel de conclure du chien ou du pigeon à

l'homme. C'est avec des faits appartenant à l'espèce humaine que la question peut et doit être jugée ; jusque-là, c'est de la théorie, de l'abstraction.

Or jusqu'ici aucun fait probant de régénération des os après opération de dissection du périoste n'a été produit dans cette enceinte; je ne sais si l'on en produira, je le désire, je l'espère, mais en attendant il est utile que chacun fasse connaître les faits dans lesquels, après avoir cherché cette régénération, elle n'a pas eu lieu. Cela m'est arrivé deux fois, et il est bon, ce me semble, que ceux de nos confrères qui n'ont pas encore traité cette méthode sachent qu'elle ne réussit pas aussi aisément sur l'homme que les expériences sur les animaux avaient permis de l'espérer.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de quarante ans environ, qui se présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Louis pour se faire extirper une tumeur qui s'implantait dans l'alvéole de la deuxième molaire du maxillaire inférieur. En explorant avec attention cette malade, je reconnus que l'os vis-à-vis du lieu de l'implantation de la tumeur était peut-être un peu plus saillant que du côté opposé; mais cela était peu sensible; ce qui attira surtout mon attention, c'est que la lèvre inférieure du côté malade était frappée d'anesthésie. Cette insensibilité s'arrêtait juste sur la ligne médiane, et elle était telle que l'on pouvait implanter une épingle dans les téguments sans que la malade s'en aperçût. A ce signe, je diagnostiquai que la tumeur avait gagné le canal du nerf dentaire et qu'elle le comprimait, ou que d'autres tumeurs existaient dans ce même canal. Je pris donc immédiatement mon parti, et, au lieu de pratiquer l'extirpation de la tumeur, je proposai à la malade de lui enlever toute la portion de la mâchoire que je croyais malade. Mais pour faire accepter cette opération, dont la gravité ne semblait pas proportionnée à l'étendue du mal, je dus faire remarquer à la malade et aux personnes qui suivaient le service que l'os paraissant sain extérieurement, il serait possible de ménager le périoste, et par conséquent d'obtenir la reproduction de la portion d'os enlevée. La malade accepta l'opération. En présence de MM. Denonvilliers et Dolbeau, je pratiquai cette opération, qui n'offrit rien de particulier. Le périoste se sépara avec facilité à l'aide d'une spatule mousse et arrondie comme on en voit dans les nouvelles trousses; seulement, à cause de l'étroitesse de la plaie, et vu la nécessité de ménager le périoste, le passage de la scie à chaîne ne se fit pas sans quelque difficulté. L'opération eut les suites les plus heureuses, et la malade sortit guérie peu de temps après. J'ai montré et cette malade et la pièce à la Société, il y a deux

ans ; je dirai incidemment que l'examen de la pièce justifia complétement le diagnostic et par conséquent l'opération.

Eh bien, lorsque cette malade sortit de l'hôpital, il n'y avait pas encore de reproduction osseuse, mais déjà une bride cicatricielle épaisse rapprochait énergiquement les fragments, et le menton se déviait. Trois mois après, rien n'annonçait encore que cette régénération dût se faire, et enfin après un an je revis cette malade : la bride cicatricielle était très-dure, très-résistante, mais personne n'aurait, je pense, osé dire qu'il y eût là reproduction de l'os.

Voici le second fait ; c'est encore un malade que j'ai présenté à la Société, et dont l'observation a été publiée dans vos *Bulletins ;* ainsi, je serai très-bref.

Il s'agissait d'un jeune homme atteint d'une perforation de la voûte palatine, que j'opérai par le procédé de M. Langenbeck. Je taillai deux lambeaux latéraux et je les disséquai avec le périoste, et non-seulement je compris cette membrane dans les lambeaux, mais encore une portion de l'os, c'est-à-dire ces rugosités osseuses qui auraient rendu la dissection du périoste impossible. Dès le lendemain, la réunion était si parfaite, que je pus enlever mes points de suture. La guérison ne se démentit pas. Lorsque je présentai le malade à la Société, la reproduction osseuse n'avait pas encore eu lieu. Six mois plus tard, lorsque je revis ce jeune homme, j'expérimentai, comme l'a fait M. Langenbeck, avec la pointe d'une épingle, pour savoir si la régénération osseuse avait eu lieu. J'éprouvai encore une grande résistance, et je dirai même une presque impossibilité à traverser les lambeaux ; mais je dois ajouter que je n'osais d'ailleurs le faire qu'avec une certaine réserve, le malade manifestant une sorte d'inquiétude.

C'est alors que, pour achever de m'éclairer, je portai le doigt sur la cicatrice et j'explorai sa résistance ; j'acquis alors la certitude, vu la facilité avec laquelle elle se laissait déprimer, qu'il n'y avait pas reproduction osseuse, et cependant je n'avais pu traverser les lambeaux avec l'épingle.

A ce sujet je ferai remarquer à notre collègue M. Demarquay que l'exploration à l'aide d'une épingle pour constater la régénération osseuse n'est pas suffisante, qu'elle prouve seulement une chose, à savoir : que la cicatrice est dure et résistante, mais que pour démontrer sans réplique qu'il s'était formé là un nouvel os, un os véritable, il aurait fallu reconnaître à l'aide du toucher sa résistance, sa solidité, ce qui ne paraît pas avoir été fait par M. Langenbeck, puisque dans les faits cités dans son mémoire il n'est pas question de ce mode d'examen. C'est là une lacune qu'il faudrait combler.

Je terminerai en disant que le fait si intéressant d'ailleurs de ré-

section des os du coude avec conservation du périoste, publié par M. Verneuil dans nos *Bulletins*, ne me paraît pas davantage prouver d'une manière irréfragable la reproduction des os par le périoste. Que s'est-il passé dans ce cas? Les os de l'avant-bras et l'extrémité inférieure de l'humérus se sont recouverts d'une sorte de bourrelet osseux irrégulier, qui a comblé dans une certaine mesure la perte de substance qu'ils avaient subie; mais n'est-il pas présumable que cette résection osseuse était due en grande partie aux extrémités osseuses elles-mêmes, et que le périoste, dont je ne veux point nier la participation à cette régénération, n'y a joué qu'un rôle accessoire, surtout, comme je le disais précédemment, en retenant le suc osseux versé simultanément par les extrémités osseuses réséquées et par lui-même, en empêchant la lymphe plastique où doit se développer le blastème osseux de se perdre dans la plaie au fur et à mesure qu'elle était sécrétée? Et ceci, qu'on veuille bien le remarquer, n'est point une pure hypothèse, car tout le monde sait qu'après les amputations, alors même qu'on s'est borné à faire la section de l'os sans conserver le périoste, on trouve quelquefois en disséquant le moignon une sorte de bourgeonnement de l'os formant comme un renflement plus ou moins exubérant.

A une époque où l'on ne songeait guère aux résections sous-périostées, j'ai pratiqué sur un jeune détenu de la Roquette une résection du coude sans m'occuper de disséquer le périoste. La guérison fut rapide, et plusieurs mois après, examinant mon malade, qui avait recouvré presque tous les mouvements de son membre, je fus frappé de la largeur que présentaient les surfaces de la nouvelle articulation. Elles se correspondaient dans une étendue beaucoup plus considérable qu'on n'aurait pu le supposer d'après le volume qu'avaient après la résection les surfaces osseuses. Il est vrai que je n'ai pas mesuré la longueur des os pour m'assurer si réellement il y avait eu régénération en longueur; mais celle en largeur était incontestable et très-frappante.

Je me résumerai en disant que la régénération des os chez l'homme après les opérations est un fait incontestable, mais relativement rare; qu'il faut pour qu'elle se produise des circonstances spéciales, particulières, encore peu connues et mal précisées, et que quand elle a lieu, elle ne doit pas être attribuée au périoste seulement, mais encore aux extrémités de l'os intéressé et aux parties molles environnantes; qu'il se passe là, en un mot, des phénomènes analogues à ceux qu'on observe dans la formation du cal.

M. GIRALDÈS. On ne saurait accepter tout ce que vient de dire M. Richet. Il faut pourtant bien reconnaître que ce sont les expérien-

ces sur les animaux qui ont mis les chirurgiens sur la voie de certains faits. D'ailleurs personne ne conteste que le périoste n'est pas seul à produire de l'os, que les muscles, les tendons s'ossifient. Il y a au musée de Dublin un homme dont tous les muscles sont ossifiés.

Et puis, de ce que M. Richet n'a pas obtenu de régénérations osseuses chez ses opérés, on ne peut en déduire que d'autres n'en ont pas eu. Il faut aussi savoir distinguer les cas : on sait que certains os ne se reproduisent pas par le périoste ; il en est ainsi des os spongieux et de ceux de la tête ; il n'y a que les diaphyses osseuses qui sont reproduites par le périoste.

M. DEMARQUAY. Si je ne me trompe, M. Langenbeck, dans son mémoire sur l'uranoplastie, cite trois faits, et une fois seulement l'os s'est reproduit ; j'ai répété cette opération une fois sans succès.

M. RICHET. Je prends acte de ce que viennent de nous dire MM. Giraldès et Demarquay, à savoir, que le périoste ne reproduit pas tous les os, et que M. Langenbeck n'a réussi qu'une fois. On le voit, le cercle se restreint ; pour mon compte, comme je l'ai dit, je n'ai eu que des insuccès ; et puisque M. Demarquay nous parle si souvent de ses beaux succès, il serait peut-être bon qu'il montrât ici les malades.

M. DEMARQUAY présente un séquestre qu'il a enlevé ce matin, et qui comprend tout le corps de la mâchoire inférieure ; le périoste a été conservé, et M. Demarquay compte sur une reproduction osseuse.

M. VELPEAU. La pièce de M. Demarquay me remet en mémoire une foule de faits du même genre, et il ne faut pas être prophète pour prédire que l'os se reproduira, car c'est un cas de nécrose pur et simple, et M. Demarquay n'a eu à faire qu'une extraction de séquestres. Mais la question n'est pas là, et aussi longtemps que l'on fera une telle confusion, il ne sera pas possible de l'élucider. Que faut-il prouver ? Que le périoste sain peut reproduire un os enlevé et non malade par ses faces. Or je ne crains pas de dire que cela n'a pas encore été démontré.

M. FORGET. Notre honorable collègue et savant maître M. Velpeau, vient de poser la question de la façon la plus nette, et c'est cette question qu'il faut résoudre pour que ce qu'on appelle la chirurgie nouvelle soit constitué. Comment se fait-il que depuis neuf ans que cette question est à l'ordre du jour, personne n'ait montré ici un os diaphysaire reproduit par le périoste ?

M. GIRALDÈS. M. Richet a relevé la concession que j'ai faite ; mais il y a longtemps que l'on sait que le périoste des os courts n'est pas dans les mêmes conditions que celui des os longs. Je remarquerai,

en outre, qu'il est fâcheux que l'on veuille restreindre la chirurgie à celle qui se fait à Paris; car à l'étranger, on trouve des observations de reproductions osseuses par le périoste, rapportées par Textor et par Wagner.

M. VERNEUIL. On a cité M. Langenbeck, mais on l'a fait d'une manière erronée. Il serait fâcheux qu'un mémoire inséré dans les *Archives de médecine* (juin 1862) parût n'être pas connu ici. Je crois donc devoir lire le passage qui se rapporte à la reproduction des os du palais par le périoste.

« Lorsqu'on inspecte le périoste décollé, dit le chirurgien de Berlin, on peut constater que les formes normales ont été reproduites plus rapidement qu'après aucune autre opération autoplastique, et à un degré bien supérieur à tout ce qu'il était permis d'espérer jusqu'à ce jour.

» Il semble que le périoste décollé se soude immédiatement avec la surface osseuse sur laquelle il est mis en contact; il résulte de là que les lambeaux entraînés vers la ligne médiane n'ont pas de tendance à s'en écarter de nouveau, et que la fente se trouve considérablement rétrécie, alors même que la réunion des bords avivés n'a pas été obtenue.

» La face périostique du palais, ainsi restaurée, est susceptible de s'ossifier, et il peut se produire ainsi, dans toute l'étendue de la division primitive, une voûte palatine nouvelle d'une épaisseur considérable.

» Chez l'un de mes opérés, qui fut complétement guéri, l'ossification s'était faite dans la plus grande étendue de la fente dans la cinquième semaine, époque à laquelle le malade nous quitta. Chez un autre, l'acuponcture nous permit de constater, au bout de huit semaines, que l'ossification était complète partout, même dans les points où la division avait eu primitivement plus d'un pouce d'étendue. Le même résultat fut constaté également chez le malade qui figure au nº 5 du tableau.

» Il est donc démontré qu'en faisant les transplantations périostiques dans certaines conditions déterminées (en laissant le périoste en rapport avec les parties molles voisines), on peut obtenir chez l'homme des régénérations osseuses plus complètes que celles qui ont été observées jusqu'à ce jour sur des animaux. »

— La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 13 mai 1863.

Présidence de M. Depaul.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le professeur Rizzoli (de Bologne) adresse à la Société un travail sur la méthode de l'incision verticale et par la bouche du corps de la mâchoire inférieure dans le traitement du resserrement des mâchoires. (M. Verneuil est prié d'en rendre compte).

— M. Follin fait hommage à la Société d'un exemplaire de son *Traité élémentaire de pathologie externe* (tome II, 1re partie).

— M. Putégnat offre à la Société un exemplaire d'un travail intitulé : *Sur les tumeurs fibreuses intra-pelviennes nécessitant, pendant le travail de l'enfantement, l'opération césarienne abdominale.* (Remercîments à l'auteur).

— M. le docteur Vogler (d'Ems) adresse à la Société un exemplaire d'un travail sur le diagnostic et le traitement de la laryngite chronique. (Remercîments à M. Vogler).

— M. Courty adresse, par l'intermédiaire de M. Broca, un exemplaire de l'Eloge du professeur Lallemand. (Remercîments à M. Courty).

— MM. JARJAVAY et HOUEL montrent chacun une pièce de fracture analogue à celle qui a été envoyée par M. Azam.

M. JARJAVAY. En présentant dans la dernière séance le résumé de l'observation de M. Azam, j'avais témoigné mon étonnement que notre collègue ne se fût pas demandé s'il n'y avait pas eu chez son malade une fracture de la partie postérieure de la surface astragalienne du tibia. M. Legouest d'abord a émis la pensée qu'il y avait eu en effet une fracture oblique de la postérieure du tibia et du péroné ; puis M. Voillemier, que la fracture était une fracture de jambe susmalléolaire.

Je m'étais déjà occupé d'une variété de fracture de la partie inférieure des deux os de la jambe, qui donne lieu à la même déformation que celle que présente le plâtre envoyé par M. Azam. Voici le résultat de mes observations :

Dans les chutes qui ont lieu à la renverse, le pied étendu, il arrive

assez souvent qu'il se produit deux fractures, l'une du tibia, l'autre du péroné. Le fragment détaché du tibia est non pas inférieur, mais postérieur, et il a la forme d'un coin dont la base correspond à la partie postérieure de la surface astragalienne du tibia, et dont le bord tranchant est en haut. Le fragment détaché du péroné est encore non pas inférieur, mais postérieur; le trait de cette fracture qui occupe la malléole externe est presque vertical.

Le fragment postérieur du tibia et le fragment postérieur du péroné remontent en haut, en sorte que l'astragalo, n'étant plus maintenu dans la partie postérieure de sa trochlée, éprouve un mouvement en vertu duquel son extrémité postérieure bascule en haut et en arrière, et son extrémité antérieure en bas.

Les nos 239 E, 243 E, 239 B, 231 H du Musée Dupuytren, présentent de beaux exemples de cette variété de fracture. En voici un autre que je possède et dans lequel, malgré la consolidation, on voit l'ascension do la partie postérieure du tibia et du péroné, et, comme conséquence, la bascule de l'astragale.

Earle, R. Adams, M. Malgaigne, en ont présenté des cas signalés comme étant des subluxations du pied.

Quand cette fracture a lieu, le pied est porté dans l'extension, et l'on sent un creux profond entre le bord antérieur de la surface astragalienne du tibia et la partie antérieure de l'astragale qui est abaissée. Le talon est élevé, et le tendon d'Achille décrit une courbe profonde dont la concavité regarde en arrière. Il existe un agrandissement considérable de la malléole externe dans sa direction antéro-postérieure, vu l'éloignement du fragment postérieur de la partie antérieure de la malléole qui tient au corps du péroné. On peut toujours, quand le gonflement a disparu, sentir une dépression linéaire sur la malléole externe, dépression qui correspond au trait de la fracture et à l'écartement des fragments. Or, sur le plâtre de M. Azam, on sent au niveau de la malléole externe comme une gouttière verticale.

Dans tous les cas que j'ai observés, je n'ai pu obtenir la réduction, en sorte que je suis porté à penser que cette variété de fracture est irréductible. Après la guérison, les malades tiennent le talon relevé pendant la marche. A l'ensemble de ces symptômes, la fracture articulaire de la partie postérieure de la surface astragalienne du tibia et de la partie postérieure de la malléole externe est tout aussi facilement reconnaissable qu'une fracture de l'extrémité inférieure du radius avec la déformation caractéristique du poignet.

Je pense donc que, dans le cas de M. Azam, il y a eu fracture articulaire du cou-de-pied, caractérisée par le détachement d'une espèce de coin de la partie postérieure du tibia, et une fracture quasi-verti-

cale de la malléole externe, et, comme conséquence, une subluxation du pied en haut et en arrière; comme dans la fracture du rebord de la cavité glénoïde il se produit une subluxation du bras, comme dans la fracture du sourcil cotyloïdien il se produit encore une subluxation de la cuisse.

M. RICHARD fait remarquer que ces deux pièces ne sont pas semblables; celle de M. Houel offre une luxation du pied en arrière, s'accompagnant d'une fracture du tibia, tandis que sur celle de M. Jarjavay on trouve une fracture du tibia avec une subluxation du pied.

M. LEGOUEST. Je suis heureux de voir les pièces que nous montrent nos collègues, et je regrette de ne pas avoir apporté celles que je possède et qui sont identiques avec celle de M. Jarjavay. Toutes ces pièces viennent à l'appui de l'opinion émise par moi dans la dernière séance.

Ces fractures sont difficiles à réduire, mais elles ne sont pas irréductibles. Seulement, elles sont difficiles à maintenir, et exigent l'emploi d'un appareil particulier.

M. GIRALDÈS. Quand le moule en plâtre envoyé par M. Azam nous fut présenté ici, j'ai repoussé l'idée d'une luxation pure et simple; j'ajouterai que l'on trouve dans A. Cooper une planche qui représente un cas tout à fait identique, et que dans l'édition publiée par Bransby-Cooper, il y a plusieurs observations semblables.

Discussion sur le rôle du périoste après les résections sous-périostées. (Suite.)

M. VOILLEMIER. Malgré tout ce qui a été dit sur l'abus qui consiste à rapprocher des faits qui n'ont entre eux aucun rapport, et la nécessité d'écarter de la discussion les cas de nécrose, vous avez encore vu dans la dernière séance M. Demarquay vous présenter un séquestre de la mâchoire. La confusion contre laquelle je me suis élevé continuera encore, et cela est tout simple; sans cette confusion, il n'y aurait plus de méthode nouvelle, et partant, plus de conséquences. Mais qu'il me soit permis de préciser les faits aussi brièvement que possible.

Voici une première règle que l'expérience a sanctionnée : dans les cas de nécrose, on attend que le séquestre soit mobile, et dans quelques circonstances rares on favorise sa mobilité par une résection partielle. Une fois mobile, on l'enlève, car la première indication est l'ablation d'un corps étranger qui entretient une suppuration plus ou

moins abondante ; que le périoste soit seulement enflammé et épaissi ou qu'il soit déjà doublé d'une couche osseuse, on s'en inquiète peu. Le séquestre enlevé, on laisse agir la nature. Est-ce là ce qu'on fait dans la pratique nouvelle? Alors rien de nouveau.

Encore une autre règle : Dans les cas d'ostéite, là où l'os est seulement malade et non frappé de mort, si la maladie est liée à un état général, on cherche à modifier la constitution en même temps qu'on attaque par divers moyens l'affection locale ; mais on ne résèque pas l'os, parce qu'on ignore le point sur lequel doit porter la résection. Voulez-vous agir autrement? Certains que vous êtes de voir le périoste reproduire l'os que vous aurez enlevé, vous montrerez-vous faciles à pratiquer des résections? Sans compter les accidents de l'opération elle-même, les inconvénients attachés aux plaies qui suppurent pendant des mois, vous n'aurez pas le résultat que vous espérez. J'ai vu quelques résections de ce genre pratiquées par Blandin, dont moi aussi j'ai été l'élève, et elles sont loin d'être encourageantes. Non, agir ainsi, c'est faire la pire des chirurgies. Je me trompe; l'évidement des os, qui se rapproche beaucoup de la pratique nouvelle, est une chirurgie aussi mauvaise. Si vous le contestez, montrez-nous des faits; mais des faits authentiques, bien détaillés, irréfutables, vous n'en avez pas.

On nous a déjà concédé que dans la plupart des tumeurs blanches les tissus mous étaient trop profondément altérés pour permettre de conserver utilement le périoste ; que dans les cas exceptionnels comme celui de notre excellent collègue M. Verneuil, il était impossible d'attribuer au périoste les résultats obtenus, puisqu'on avait observé des résultats semblables dans des cas où le périoste n'avait pas été conservé.

On est bien près de nous concéder encore que dans les lésions traumatiques où on juge à propos de pratiquer des résections, le périoste détruit par la suppuration n'est d'aucune utilité, et que s'il faut des manœuvres longues et difficiles pour le conserver, c'est compliquer l'opération d'une manière fâcheuse.

Bientôt on se défendra d'avoir porté la confiance dans les propriétés régénératrices du périoste, jusqu'à vouloir tenter des résections dans des cas où l'amputation était indiquée. Que restera-t-il alors de la méthode prétendue nouvelle? Rien, absolument rien.

Ce qui le prouve, Messieurs, c'est qu'on intervertit les rôles; c'est qu'au lieu de prouver ce qu'on avance, on me répond par cet argument singulier, que je ne suis pas autorisé à condamner une méthode que je n'ai pas employée. Non, je ne l'emploie pas, et il me suffit pour la condamner des faits des autres, et surtout de vos propres

faits. Sans doute ce serait un argument puissant si je venais vous dire : Vingt fois j'ai employé la pratique nouvelle, et j'ai eu vingt morts; mais je ne veux pas avoir et je n'ai pas le droit d'avoir raison à ce prix.

M. GUERSANT. J'avais demandé la parole dans la dernière séance pour faire remarquer que les cas analogues à celui de M. Demarquay ne sont pas rares; j'en ai vu douze ou quinze à l'hôpital des Enfants; ce sont des nécroses, l'os se reproduit; mais cela n'éclaire en rien la question.

M. FORGET. Lorsque j'ai lu mon rapport ici, je ne voulais pas rentrer dans le détail des faits; j'ai dit seulement que dans tous les cas cités, soit à l'Institut, soit à l'étranger, il n'y avait pas un seul exemple de diaphyse osseuse reproduite par le périoste. Il est d'autant plus important de savoir à quoi s'en tenir sur cette question et que la Société de chirurgie se prononce, que dans le monde on s'imagine qu'il nous est possible d'éviter les amputations et de faire repousser les os à volonté. Cette opinion, si généralement acceptée, est de nature à exercer une certaine pression sur le chirurgien.

M. GIRALDÈS. Je suis intervenu dans la discussion non pour combattre ou défendre les diverses idées émises sur les fonctions du périoste, mais bien pour ne point laisser sans commentaire une assertion émise d'une manière trop absolue. A propos d'un rapport sur la résection sous-périostée de la mâchoire, un membre de cette Société, faisant sans raison dévier la discussion et la portant sur un autre terrain, s'est écrié avec emphase : « *Qui donc a vu une diaphyse osseuse se reproduire ?...* »

Répondant à cette assertion, j'ai essayé de prouver que la reproduction des diaphyses osseuses avait été démontrée expérimentalement par Heine et Syme, et cliniquement par Textor, Robert (de Coblentz), etc. Pour compléter la démonstration, j'ai ajouté que, de mon côté, j'avais vu le même phénomène s'effectuer chez un enfant de six ans, chez lequel j'avais réséqué une portion de l'humérus dans un cas de nécrose. A cela le même membre a ajouté : Vous avez opéré sur du périoste malade; ces faits sont communs.

J'ai cherché à bien établir que dans le cas en question il ne s'agissait pas d'une nécrose invaginée, comme on paraissait le supposer; que la portion d'os enlevée n'était pas entourée d'une gaîne osseuse, qu'il n'y avait aucun travail d'ossification dans le périoste, que ce fait n'avait aucune similitude avec des cas de nécrose comme on en trouve des exemples dans Weidmann, cas auxquels on faisait allusion. Dans le fait cité, le séquestre baignait dans une cavité purulente formée par

le périoste, et celui-ci n'était le siége d'aucun travail d'ossification. Après avoir enlevé les parties nécrosées, les deux extrémités de l'humérus se trouvaient seulement réunies, continuées par le périoste; j'ai décollé ensuite cette membrane aux deux extrémités osseuses restantes, et j'ai réséqué la partie supérieure par un trait de scie et la partie inférieure avec une pince-gouge. Ainsi la partie supérieure de l'humérus ne se trouvait réunie à la partie inférieure du même os que par un manchon de périoste ayant plus de 0,10 d'étendue. Au bout de six mois, l'os s'est reproduit complétement.

Devant un fait aussi évident, on a dit : L'opération que vous avez faite, le phénomène que vous avez vu, sont très-simples : cela arrive toujours; mais jamais le périoste sain, détaché ainsi d'un os sain, ne reproduira une diaphyse.

En vérité, je ne sais pas ce qu'on entend dire; en effet, la chirurgie n'intervient que dans des cas de maladie, et toutes les fois qu'on résèque une portion osseuse, diaphyse ou autre, c'est que l'os est malade; or j'ai demandé à mon très-perspicace interlocuteur de vouloir bien préciser les cas dans lesquels le périoste et l'os étant sains, le chirurgien est appelé à en retrancher une partie. Je ne pense pas que pour satisfaire la curiosité de notre collègue et donner raison à son argumentation, on aille de gaieté de cœur désosser un membre sain pour voir si les choses se passent exactement comme chez les animaux.

M. Voillemier, à son tour, reprenant la question à un point de vue exclusivement pratique, tout en admettant certaines données physiologiques, a essayé de montrer que l'opération que j'avais pratiquée était du domaine commun et pratiquée par tout le monde; il a presque dit que cela était vieux comme les chemins; puis il a ajouté que j'avais eu de la chance d'avoir réussi dans ce cas, et qu'il ne convient pas d'exposer ses malades à des dangers pour des succès très-incertains, que cette voie conduirait plutôt à des revers qu'à des succès.

Je dirai à mon excellent collègue et ami M. Voillemier que son argumentation renferme une contradiction. Si, comme il le dit, le fait en question est du domaine commun, si c'est une règle connue de procéder de la sorte et si ces opérations ont été pratiquées par tout le monde, comment peut-il ajouter que j'ai eu de la chance d'avoir réussi? Si mon succès est un succès du hasard, comment peut-il ajouter que cela a été fait par tout le monde?

La question, au demeurant, se présente d'une manière plus simple : il ne s'agit pas, en effet, de savoir si un succès obtenu est un succès du hasard, mais bien s'il démontre le fait en discussion, et si,

lorsqu'on a réséqué une portion diaphysaire d'un os en conservant le périoste, un os nouveau peut se reproduire. Les observations cliniques de Textor, de Robert (de Coblentz), etc, répondent par l'affirmative.

Je dirai à M. Forget que les questions scientifiques sont absolues; qu'elles ne sauraient être résolues au point de vue des convenances des individus, des opinions politiques ou religieuses, et encore moins pour répondre à des opinions erronées des gens du monde. On ne parle pas sérieusement lorsqu'on vient nous dire qu'il est urgent de se prononcer sur la valeur de certaines idées touchant le rôle du périoste dans l'ossification des os des membres; car l'urgence est, dit-on, grande; des gens du monde demandent pourquoi amputer des parties, puisqu'avec le périoste on peut faire des os. Si les académies et les sociétés savantes devaient s'occuper de questions semblables, leur rôle serait bien médiocre. Tout le monde sait qu'on ne fait repousser des membres que chez les salamandres ou chez les crustacés; et depuis Duhamel, Heine, Flourens et Ollier, les chirurgiens connaissent parfaitement le rôle du périoste dans l'ossification. On sait que cette membrane peut seule produire les os du squelette, mais que du tissu osseux peut la produire en dehors d'elle. Il s'agit seulement de chercher et d'établir dans quel cas il y a utilité à respecter le périoste dans le but d'obtenir une formation osseuse lorsqu'on est obligé de retrancher une portion de l'os.

D'ailleurs, les termes du problème à résoudre ne sont pas tous trouvés; on ne sait pas bien si le périoste reproduit aussi facilement tous les os du squelette, si la fonction reproductrice est continue ou si elle a des limites, et à quelle époque de la vie cesse cette fonction. Voilà la question réduite aux termes les plus simples, voilà les éléments qu'il faut, avant tout, trouver par l'expérience et par l'observation clinique, avant de formuler quelque chose de précis, de solide, avant surtout de nier d'une manière aussi pertinente et de repousser comme non avenues les observations de chirurgiens expérimentés, recommandables, qui ont bien mérité de la science en la poussant (la chirurgie) dans une voie de perfectionnement et de progrès.

M. VOILLEMIER. Si je me suis adressé à M. Giraldès, c'est parce que je le crois de très-bonne foi; mais quand il dit qu'on opère toujours dans le cas où le périoste est malade, je ne puis être de son avis : ainsi, un os de la jambe a été broyé, on ampute le fémur; le périoste est sain dans ce cas.

M. CHASSAIGNAC. Je ne veux apporter dans la discussion que des faits. Avant les travaux de M. Ollier, j'avais vu des cas de reproduction. Ainsi sur un jeune homme de 19 ans, en 1851, j'enlevai 25 e-

quilles de l'humérus en conservant le périoste, l'os s'est reproduit. En 1855, je fis la résection des deux tiers internes de la clavicule, il y a eu également reproduction. Toutefois la question ne saurait être complétement résolue que par les faits dans lesquels un os tout entier a été enlevé; car tant qu'il reste un fragment d'os, ce fragment peut avoir contribué à la régénération.

M. VERNEUIL. La longue discussion qui se termine actuellement aura certainement pour avantage sinon d'avancer beaucoup la question, au moins d'en préciser clairement les termes, grâce surtout aux divisions importantes tracées dans le sujet par M. Voillemier. La conservation du périoste peut s'effectuer, en effet, dans des conditions très-diverses, et suivant les cas pathologiques, elle donnera des résultats fort différents. En ce qui touche la nécrose dans ses phases multiples, les modernes n'ont absolument rien ajouté aux connaissances théoriques et à la pratique de leurs ancêtres; nous sommes à peu près tous d'accord sur ce point. Il est donc superflu de produire incessamment comme nouveaux des faits dont la signification est connue depuis longtemps, et qui ne nous apprennent plus rien.

Nos débats serviront donc au moins à faire justice de prétentions singulières qui ne peuvent avoir de crédit qu'auprès de ceux qui ignorent absolument les éléments historiques de notre art, et cette protestation émanée de la Société de chirurgie était indispensable, sans quoi on aurait pu supposer que tous les chirurgiens français étaient à l'époque actuelle complices ou dupes de ce singulier oubli des travaux antérieurs.

Mais, pour tout ce qui concerne les autres affections osseuses, le problème est beaucoup moins avancé et exige de nouveaux documents. Les faits que l'on produit en faveur de la conservation du périoste sont réunis, critiqués, et il faut convenir qu'on se montre singulièrement exigeant à leur égard; il pourrait résulter de ce scepticisme de grands inconvénients pour la pratique. Sous prétexte, en effet, que dans les maladies organiques ou les traumatismes, la conservation du périoste ne reproduit pas des os entiers avec leurs formes et leurs dimensions normales, il n'en faudrait pas conclure que cette conservation est inutile, et c'est pourtant à cette conclusion qu'arriveraient ceux qui suivant notre discussion seraient plus préoccupés des négations et des incertitudes que des affirmations et des demi-résultats obtenus jusqu'à ce jour. Pour ma part, je crois que la reproduction même restreinte, même imparfaite, non pas d'un os, mais de tissu osseux en quantité plus ou moins notable, peut avoir de grands avantages; qu'il ne faut donc pas la dédaigner, dans l'espoir

fondé d'ailleurs qu'à force d'essais persévérants on obtiendra dans l'avenir des régénérations plus parfaites et plus utiles encore.

Sous ce rapport, je m'élève résolûment contre les conclusions de mon honorable collègue M. Voillemier, qui nous a dit que dans les ostéites de la continuité et les tumeurs blanches, la conservation de la membrane fibreuse était mauvaise. Si quelqu'un prétendait au moyen de cette conservation reproduire des diarthroses complètes ou des diaphyses irréprochables, il est certain qu'il y aurait exagération singulière, et qu'à peine il serait nécessaire de réfuter des prétentions aussi exorbitantes. Laissons dire à qui voudra et croire par qui voudra que les amputations sont désormais devenues inutiles, parce qu'on peut faire à volonté *repousser des os*. Ceux qui émettent de semblables assertions et ceux qui les acceptent appartiennent à une catégorie qui n'a rien de commun avec la classe des savants et des chirurgiens éclairés; nous n'avons pas à nous en occuper. Mais il est certain que dans les cas auxquels je fais allusion, il n'est pas inutile de ménager la membrane qui enveloppe les os atteints de carie ou d'ostéite.

Je n'en veux pour preuve que le fait cité par M. Chassaignac. La clavicule était altérée dans sa presque totalité. Il n'y avait que trois partis à prendre :

1° Abandonner le mal à lui-même, en attendant une guérison qui aurait pu manquer ou exiger un temps infini ;

2° Faire la résection de l'os recouvert de son périoste;

3° Extirper la portion malade en la décortiquant comme le fait notre collègue : la résection pure et simple aurait privé le membre supérieur d'un soutien très-nécessaire à ses fonctions ; tandis que le système osseux qui s'est reproduit grâce à la conservation du périoste, quelque imparfait et irrégulier qu'on le puisse supposer, n'en a pas moins rempli un très-bon office.

Le cas de résection du coude qui m'appartient a trouvé grâce devant M. Voillemier, qui le considère comme une exception rare. J'ai la conviction que la conservation du périoste des extrémités osseuses malades a favorisé la formation de la pseudarthrose et contribué à la bonne configuration des moignons osseux. Je suis également persuadé qu'en agissant autrement j'aurais eu un raccourcissement plus considérable. Donc, tout en reconnaissant que dans bon nombre de résections articulaires la conservation du périoste n'est pas réalisable, je suis très-disposé à la tenter toutes les fois qu'elle sera possible. Cette pratique, dans les cas d'ostéite et de tumeurs blanches, n'est pas d'ailleurs aussi neuve qu'on le pourrait croire, et ce n'est pas d'après ma modeste expérience que je m'en fais le défenseur. Si l'on se

donne la peine de lire les travaux étrangers, et surtout les observations de M. Larghi, on verra que ce procédé a déjà fait ses preuves.

Dans les cas traumatiques, les fractures compliquées par exemple, il y a encore avantage à respecter le plus possible les lambeaux périostiques, soit qu'on résèque les extrémités fracturées, soit qu'on se contente d'extraire les esquilles. Pour ne point sortir des cas invoqués dans la discussion, je ne vois pas ce qu'on peut objecter au second fait cité par M. Chassaignac. Moi-même, dans deux cas de fractures diaphysaires, j'ai agi de même et je crois avoir eu raison. Les débris du périoste servent, ce me semble, à deux choses : d'abord ils fournissent leur contingent de lymphe plastique ossifiable, puis ils constituent pour les fragments conservés une sorte de ligament naturel qui contribue à les fixer et à les réunir. Il serait puéril de croire que ce procédé, utile sans doute, mais tout à fait accessoire, dispensera de l'amputation ; celle-ci gardera toujours ses indications comme par le passé ; mais si on juge possible la conservation du membre et la résection des bouts osseux, cette dernière opération réussira mieux, si on procède comme je le recommande.

La conservation d'un lambeau périostique pour recouvrir l'extrémité du moignon dans les amputations ne paraît avoir donné jusqu'à ce jour que des résultats douteux ; c'est d'ailleurs une pratique déjà fort ancienne, dont les avantages restent jusqu'à ce jour fort problématiques. Je l'ai essayée dans une amputation de la jambe au tiers inférieur. La plaie a longtemps suppuré, la cicatrisation a été languissante, mais la guérison s'étant effectuée, j'ignore ce qu'est devenue ma manchette périostique.

J'en dirai tout autant du procédé de M. Jordan (de Manchester), qui propose, comme on sait, de faire servir le périoste dans l'opération de la pseudarthrose ; en théorie, la conception n'est peut-être pas mauvaise, mais en pratique, cette opération longue et difficile n'a point encore donné de résultats sérieux ; nous avons à notre disposition des procédés plus sûrs et plus simples.

Reste une dernière application, qui découle directement des belles recherches de M. Ollier. Je veux parler de la conservation du périoste *sain séparé de surfaces osseuses saines* et gardé à la face profonde de lambeaux autoplastiques. Voilà une innovation réelle, incontestable, qui, née d'hier, a déjà donné des résultats décisifs entre les mains habiles de son créateur, M. Ollier, et aussi de M. Langenbeck, qui l'a adoptée et largement fécondée. Rien ne prouve mieux à mon sens l'utilité de la conservation du périoste. Les succès obtenus dans la rhinoplastie, dans l'uranoplastie, dans quelques opérations préliminaires qui exigent le sacrifice de pièces osseuses saines de la char-

pente faciale, ces succès, dis-je, s'ils ne sont pas constants, sont du moins fort encourageants, et si le mot de *chirurgie nouvelle* n'était pas trop ambitieux, c'est ici sans conteste qu'il le faudrait employer.

La justice nous fait un devoir de le reconnaître ; on est en France arriéré sur cette question, parce que, sauf de très-honorables exceptions, nos compatriotes ne connaissent pas suffisamment les travaux étrangers. Si cette lacune se comble, notre esprit critique et notre sens éminemment pratique pourront rendre dans la suite de signalés services à cette intéressante partie de la thérapeutique chirurgicale.

M. FORGET. En arrivant à son terme, la discussion s'éloigne de son point de départ, perd de vue son but et se simplifie beaucoup. A coup sûr nous serons tous d'accord sur l'utilité qu'il y a à conserver autant que possible le périoste dans les opérations chirurgicales. On vient de nous citer un fait de fracture comminutive dans lequel on s'est appliqué à enlever les esquilles en conservant le périoste ; mais c'est là une pratique généralement suivie. J'ai vu Lisfranc, sur un bon nombre de blessés, ne pas faire autrement : laisser les esquilles d'un certain volume et en continuité avec la diaphyse osseuse au moyen d'un périoste sain, extraire les plus petites et toutes celles qui ne tiennent plus à l'os que par des lambeaux de cette membrane fibreuse insuffisants pour que la vitalité de ces esquilles ne soit pas compromise et pour que la consolidation puisse s'effectuer. C'est la conduite que j'ai vu suivre toujours à Lisfranc ; c'est aussi celle, je crois, de tous les chirurgiens, qui n'ont pas cru, pour cela, faire des résections sous-périostées. Conserver le périoste dans les opérations, l'utiliser, par conséquent, dans une certaine mesure, cela n'est pas nouveau. Ouvrez le *Manuel opératoire* de M. Malgaigne, le précepte s'y trouve tout entier.

Lisfranc, dans sa *Médecine opératoire*, le formule non moins nettement : « Essayez, dit-il, de conserver le périoste, vous pratiquerez, il est vrai, une opération très-difficile, au moins dans la plupart des cas ; mais si vous réussissez, un nouvel os peut se développer chez les enfants. Chez les adultes, il se forme un tissu fibreux offrant des avantages dans certains cas. » C'est à ce précepte que Lisfranc conformait sa pratique, et dans les nombreuses résections des os de la face pour lesquelles je l'ai assisté, il avait grand soin et il recommandait toujours de raser l'os le plus près possible, et de comprendre dans la dissection des lambeaux tout le périoste sain, autant qu'il se pouvait. Ce que ce maître faisait, bien d'autres à coup sûr l'ont fait, et ce n'est pas pour établir l'utilité pratique de cette conduite sur laquelle il n'y a pas de dissidence, que la question des résections sous-périostées a été mise en discussion ; et lorsque le ma-

gnifique prix de l'Institut, objet de tant de convoitises et point d'attraction pour un grand nombre de communications qui se sont produites depuis quelques années, a été institué, ses auteurs ont entendu mettre en évidence autre chose que ce qui depuis longtemps est de notoriété vulgaire en chirurgie ; autrement, ce prix n'aurait pas sa raison d'être. Ce qu'il s'agit de démontrer, c'est la reproduction intégrale avec ses aptitudes fonctionnelles d'une notable portion d'un os long par le périoste conservé dans une résection pratiquée pour un cas pathologique autre que celui d'une nécrose. Or cette démonstration, après comme avant la discussion actuelle, est encore à faire. Toutefois celle-ci aura eu cette utilité de poser les limites dans lesquelles l'induction physiologique doit se renfermer pour rester une vérité pratique dans le champ de la clinique.

Elle aura eu l'avantage surtout de faire tomber cette croyance jusqu'à présent illusoire, qu'étant donné un cas morbide où l'expérience clinique a jugé l'amputation d'un membre nécessaire et absolument indiquée, il est possible de l'éviter au moyen de la résection sous-périostée, et de renoncer par conséquent aux procédés usités qui auraient le tort, d'après la théorie physiologique, de retrancher la totalité d'un membre pour une portion de ce membre qui renferme en elle-même sa puissance de reproduction.

N'aurait-elle que ce seul résultat, la discussion aurait rendu un grand service, et je m'applaudirais d'en avoir fourni le prétexte à la Société. D'abord parce qu'elle aura pour effet de s'opposer à des tentatives qui auraient pour résultat de substituer à des mutilations regrettables sans doute, mais nécessaires, des opérations incomplètes, insuffisantes et exposant les malades à de non moins graves dangers sans leur offrir la compensation de la guérison, comme l'eût fait une opération radicale.

Ensuite, et cette dernière considération a bien aussi sa valeur (bien que M. Giraldès ait paru en faire bon marché), la discussion aura été utile en contribuant à détruire la croyance aveugle et inintelligente que les recherches physiologiques vulgarisées dans le public y ont fait naître, en l'avénement d'une chirurgie nouvelle, qui, grâce à la reproduction des os, n'aurait plus à imposer aux malades le sacrifice d'un membre, croyance qui peut devenir pour le chirurgien un embarras et une pression d'autant plus sérieuse, qu'elle prend sa source dans une fausse interprétation des travaux d'un des hommes qui dans l'opinion publique est considéré en cette matière comme le représentant le plus autorisé de la science.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

OBSERVATION DE PSEUDARTHROSE DE LA CUISSE

traitée avec succès par les injections irritantes.

(Communiquée à la Société de chirurgie par M. Bourguet (d'Aix), membre correspondant.)

Tout le monde connaît les difficultés que présente le traitement des fractures non consolidées et les dangers qui accompagnent trop souvent l'application de quelques-unes des méthodes opératoires dont la chirurgie dispose pour combattre cet accident.

Ainsi la résection des fragments, leur abrasion ou leur grattage, leur perforation avec introduction de chevilles d'ivoire dans les deux bouts (Dieffenbach), leur rapprochement au moyen de ligatures métalliques; la cautérisation combinée ou non à une incision préalable conduisant jusqu'au foyer de la fracture, l'introduction entre les fragments de la canule d'un très-gros trocart, dans laquelle on porte à plusieurs reprises un mandrin arrondi plongé dans l'eau bouillante (Mayor); le séton simple (Physick) ou formé par une anse métallique (Sommé, d'Anvers); la formation d'une manchette obtenue en décollant le périoste, et dans laquelle on invagine les deux ou l'un des bouts osseux (Jordan), représentent tout autant d'opérations périlleuses, d'une exécution difficile, et dont la gravité équivaut, à très-peu de chose près, à l'amputation du membre et aux autres grandes opérations de la chirurgie.

Il est vrai que l'art possède également quelques autres moyens moins dangereux et plus faciles à appliquer, tels que les irritants cutanés (vésicatoires, cautères, sinapismes, teinture d'iode, électricité), le frottement des fragments, la compression, l'acupuncture, l'électro-puncture, l'irritation de la face externe du périoste à l'aide d'une mèche à séton mise en contact avec cette membrane (Jobert, de Lamballe), l'introduction d'un ténotome pointu entre les fragments (Blandin), la perforation sous-cutanée des extrémités osseuses au moyen d'un fin trocart (Brainard, de l'Illinois).

Mais, si l'on en excepte les trois dernières de ces méthodes sur lesquelles l'expérience n'a pas encore suffisamment prononcé, trop peu de faits ayant été publiés, et que l'on ne saurait considérer d'ailleurs comme entièrement innocentes (1), quoique toutes les trois soient

(1) Chez le malade opéré par Blandin, il se produisit une inflammation phlegmoneuse dans l'épaisseur du membre, qui nécessita de larges contre-ouvertures. (*Gazette des Hôpitaux*, 1844, p. 559.)

parfaitement rationnelles, on peut dire sans la moindre hésitation que les autres ne possèdent qu'une efficacité fort restreinte.

On comprend donc qu'en face de pareils résultats, en présence de méthodes dangereuses ou peu efficaces, beaucoup de praticiens se décident difficilement à intervenir, et croient plus sage d'abandonner la maladie à elle-même, avec d'autant plus de raison surtout qu'une fausse articulation est exempte de tout danger et ne constitue guère en définitive qu'une simple infirmité.

La conclusion à tirer de tout ceci, c'est que la science n'a pas dit son dernier mot sur le meilleur mode de traitement des fausses articulations, et qu'il y a place évidemment pour de nouvelles tentatives.

Le procédé mis en usage dans l'observation suivante est basé, comme la plupart de ceux qui viennent d'être rappelés, sur l'inflammation artificielle du foyer de la fracture et des parties molles environnantes, en vue de déterminer l'exsudation d'un liquide ossifiable et une consolidation consécutive. Il s'en distingue toutefois par la facilité plus grande de la manœuvre opératoire et la simplicité de l'appareil instrumental, ce qui aurait pour résultat de mettre l'opération à la portée d'un plus grand nombre de médecins et pourrait contribuer puissamment à sa vulgarisation, si son utilité était une fois bien reconnue.

Quant à l'efficacité du moyen en lui-même, un seul fait, on le comprend, ne saurait permettre de l'apprécier en pleine connaissance de cause. Nous nous bornerons à dire que son innocuité a été complète dans les deux applications successives qui en ont été faites chez le même sujet, et qu'il a paru apporter un concours utile au travail réparateur de la nature.

Obs. — Vincent R..., cultivateur, âgé de cinquante-trois ans, bien constitué, ne présentant aucun signe de vice diathésique, se fracture la cuisse le 12 octobre 1861, en tombant du haut d'une charrette et roulant ensuite avec elle dans un précipice.

La fracture occupe l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de la cuisse droite. Elle est très-oblique, accompagnée d'un grand déplacement des fragments et d'un gonflement très-considérable des parties molles.

Le traitement employé pendant les quinze ou vingt premiers jours consiste dans la demi-flexion, le membre étant placé sur le plan incliné à crémaillère. Mais cette position ne maintenant pas les fragments dans une immobilité complète et favorisant le raccourcissement, le chirurgien chargé de la direction du traitement remplace la demi-flexion par l'appareil ordinaire des fractures de la cuisse avec

attelles en bois et bandage de Scultet, suivi un peu plus tard de l'application d'un appareil inamovible.

Au moment où nous voyons le malade pour la première fois, le 1er janvier 1862, plus de deux mois et demi se sont écoulés depuis l'accident. Il existe un raccourcissement de plus de huit centimètres et une telle mobilité dans les rapports des deux fragments, qu'ils jouent l'un sur l'autre absolument comme s'il s'agissait d'une articulation normale. Le fragment supérieur fait une saillie très-prononcée sous les téguments en dehors et en avant de la cuisse; il s'allonge sous forme de pointe et chevauche sur l'inférieur, dans l'étendue de sept à huit centimètres. A la partie interne et postérieure du membre, on sent le fragment inférieur, dont la forme paraît un peu plus arrondie que celle du fragment supérieur. Ces deux fragments sont complétement indépendants l'un de l'autre. Ils paraissent unis entre eux, d'une manière très-lâche, par des liens fibreux faibles et incomplets.

Notre premier soin en entreprenant le traitement est de chercher à remédier à l'énorme raccourcissement que présente la fracture. Dans ce but, nous avons recours à l'extension continue au moyen de l'attelle de Boyer. Malheureusement la rétraction des tissus fibreux et musculaires, jointe à l'extrême indocilité du sujet, ne nous permet de continuer l'extension que pendant huit à dix jours (le malade relâchant même l'appareil de temps à autre), de façon que nous ne parvenons pas à gagner plus de 3 à 4 centimètres.

Un appareil dextriné est alors appliqué autour du membre, depuis les orteils jusqu'à la partie supérieure de la cuisse, et laissé en place pendant quarante-huit jours; à la levée de cet appareil, nous constatons que la consolidation n'est pas plus avancée que le premier jour, et que les fragments sont tout aussi isolés et tout aussi mobiles. — Réapplication du même appareil, en ayant soin de le fenêtrer vis-à-vis de la fracture, afin de pouvoir combiner l'emploi des aiguilles à acupuncture avec l'immobilité prolongée. Une première application de huit aiguilles est faite le lendemain, en les espaçant d'un ou deux centimètres, et les portant profondément dans le foyer de la fracture et dans l'intervalle des fragments. Elles restent en place pendant quatre jours. Dix jours après, seconde application de douze aiguilles qui restent en place pendant cinq jours. Ces deux tentatives d'acupuncture ne déterminent aucun accident; mais à une nouvelle levée de l'appareil, le 22 mars, cinq mois dix jours après l'accident, les fragments sont trouvés aussi écartés et aussi mobiles que précédemment.

Un peu embarrassé sur les moyens à employer pour obtenir la

consolidation et guérir la pseudarthrose, nous nous demandons s'il ne serait pas possible de tirer parti, en pareil cas, des injections irritantes.

Après un peu d'hésitation sur le choix de la substance à injecter, et après avoir songé successivement à la teinture d'iode, au perchlorure de fer, à une solution de nitrate d'argent, à l'alcool, au vin chaud, etc., etc., nous nous décidons pour l'ammoniaque étendue d'eau, nous souvenant combien les brûlures occasionnées par ce liquide sont facilement suivies de l'adhésion des tissus et de la formation de brides inodulaires.

Quoi qu'il en soit de ces motifs de préférence, nous pratiquons le lendemain 23 mars, au moyen de la seringue Pravaz-Charrière, une injection de 6 ou 7 gouttes d'un mélange d'eau et d'ammoniaque liquide, dans les proportions d'une partie d'ammoniaque à 20 degrés de l'aréomètre Cartier, pour deux parties d'eau distillée. Le trocart est porté profondément dans l'intervalle des fragments, vers le milieu de leur entre-croisement. La douleur qui accompagne cette petite opération est presque insignifiante. Dans le courant de la journée le malade accuse fort peu de souffrance ; il mange comme à son ordinaire, et dort aussi bien que de coutume pendant la nuit suivante. Le lendemain matin on n'observe pas de gonflement appréciable autour du point où l'injection a été faite ; il n'en existe pas davantage dans la profondeur du membre ; le malade assure en outre qu'il n'éprouve qu'une douleur presquo insignifiante.

Enhardi par ce premier résultat et prévoyant l'insuffisance de cette injection pour le but proposé, nous nous décidons à réitérer l'opération de la veillo, et pratiquons une seconde injection avec 20 gouttes du même mélange. Cette fois, le liquide est porté immédiatement en dessous et en arrière du fragment supérieur, au centre même du foyer de la fracture.

Au moment de l'opération, douleur légère. Dans le courant de la journée, douleur plus forte, avec sensation de chaleur et de bouillonnement dans la partie. La région correspondante se tuméfie un peu ; toutefois le malade reste complétement sans fièvre, et il continue son alimentation des jours précédents.

Le 27 mars, quatre jours après cette dernière injection, il n'existe presque plus de gonflement ni de douleur. Le membre est entouré d'un nouvel appareil dextriné.

Le 4 juin, l'appareil est enlevé. Nous constatons un grand changement dans l'état de la fracture : la consolidation, sans être encore complète, est déjà très-avancée ; les fragments ne sont plus mobiles l'un sur l'autre ; l'on ne peut plus plier la cuisse dans tous les sens ;

il existe seulement une légère inflexion du membre au niveau de la fracture ; mais les fragments paraissent déjà unis par un cal fibreux. Les deux points où l'injection a été pratiquée, l'inférieur particulièrement, sont le siége d'une induration plus prononcée que dans les parties environnantes ; le cal paraît y occuper une plus large surface, et la solidité du membre être plus grande dans ces deux points que partout ailleurs. Réapplication de l'appareil dextriné.

Le 20 juillet, le membre est complétement solide. Toutefois, par précaution, il reste encore entouré d'un appareil inamovible.

Le 25 août, suppression définitive de l'appareil, qui est remplacé par un bandage roulé. A cette époque, la jambe et le pied sont œdématiés ; les mouvements articulaires, ceux du genou en particulier, sont gênés et douloureux ; la marche est encore impossible ; le malade commence à peine à appuyer la pointe du pied ; la cuisse, dans le point correspondant à la fracture, présente un cal très-volumineux et très-irrégulier, plus saillant en bas et au milieu, dans les deux points correspondant aux injections ; il existe un raccourcissement de près de 6 centimètres.

Depuis lors, l'œdème a disparu ; les mouvements articulaires se sont rétablis ; le cal a diminué de volume et offre plus de régularité ; le malade ne conserve qu'une claudication très-prononcée, qu'il s'efforce de corriger à l'aide d'une chaussure à talon très-élevé ; il marche facilement à l'aide d'un bâton.

On voit dans cette observation un cas de pseudarthrose très-grave, dont la cause peut être rapportée à un défaut de contention convenable des fragments, à leur écartement, et sans doute aussi à l'interposition de quelques fibres musculaires entre ces mêmes fragments, qui se trouve favorablement modifiée par deux injections irritantes faites dans le foyer de la fracture et dans l'intervalle des extrémités osseuses.

On remarquera, en effet, que la consolidation n'a commencé à s'effectuer qu'après les injections, et qu'elle a suivi immédiatement l'emploi de ce moyen. On remarquera, d'autro part, que le travail d'ossification, qui s'est traduit à l'extérieur par une légère tuméfaction inflammatoire et l'induration consécutive des tissus ambiants, a commencé tout autour des points où l'injection avait été pratiquée, preuve évidente, selon nous, qu'il a dû s'opérer là une exsudation de suc ossifiable, sous l'influence de l'irritation accidentelle provoquée par les injections, et cela non-seulement dans les parties molles extérieures à la fracture, mais encore dans le foyer même de cette dernière, dans le périoste entourant les fragments, et jusque dans les fibres musculaires interposées entre ces mêmes fragments.

Nous no voulons pas dire par là que l'immobilité prolongée, qui a été associée aux injections, ait été complétement étrangère au résultat favorable. Nous croyons, au contraire, qu'une très-large part doit lui être faite à ce point de vue, et que, sans elle, les injections seraient probablement restées sans effet. Mais, d'un autre côté, on ne saurait accorder à l'immobilité tous les honneurs de la guérison, puisque ce même moyen, continué auparavant pendant cinq mois et demi et aidé même en dernier lieu par l'application des aiguilles à acupuncture, n'avait pas produit la moindre diminution dans la mobilité des deux fragments.

La conclusion logique à tirer de ce fait est donc : *que les injections irritantes peuvent offrir un certain degré d'utilité dans le traitement des pseudarthroses.*

Cet enseignement clinique a son importance, lorsqu'il s'agit d'une maladie aussi fâcheuse et d'une cure aussi difficile que celle qui nous occupe.

Nous avons indiqué plus haut les dangers que présentent toutes les méthodes dans lesquelles le foyer de la fracture est mis en communication directe avec l'air extérieur, telles que la résection, l'abrasion, la ligature des fragments, leur invagination dans une manchette périostique, le séton, la cautérisation, etc. Nous avons vu, d'autre part, que les méthodes plus simples, telles que la compression, le frottement des fragments, les irritants cutanés, l'acupuncture, l'électro-puncture, etc., jouissent d'une très-faible efficacité ; en sorte qu'on ne saurait compter sur elles dans les formes graves des pseudarthroses, dans lesquelles les extrémités osseuses sont cicatrisées isolément au sein des parties molles, désunies, indépendantes l'une de l'autre et très-mobiles sous les téguments, le membre extrêmement raccourci, pendant et incapable de remplir ses fonctions, comme cela avait lieu chez notre malade, en un mot, dans la pseudarthrose libre ou flottante de M. Denucé (1).

Mais en dehors des dangers que présentent la résection, le séton et les autres méthodes basées sur la mise à découvert du foyer de la fracture, il y a encore une autre objection à leur adresser : c'est l'incertitude même de leur action.

Ainsi, sur 62 cas de pseudarthrose réunis dans le mémoire de Norris et traités par la résection, on voit 19 insuccès et 6 morts à côté de 37 succès ; sur 72 cas traités par le séton, il y a 44 succès,

(1) Denucé, *Mém. de la Soc. de chir.*, t. V, p. 507 ; — Verneuil, *Gaz. hebd.*, t. X, p. 100.

25 insuccès, 3 morts (1). La proportion des insuccès est donc à elle seule de plus du tiers des opérés, sans compter les cas de mort : or il faut bien se souvenir, ainsi que le fait observer très-judicieusement M. Malgaigne, que ces tableaux, formés d'observations publiées çà et là, n'accusent naturellement qu'une très-faible partie des échecs éprouvés.

La conséquence pratique de tout cela, c'est que toutes ces méthodes font courir aux malades des dangers très-sérieux, sans leur offrir en échange une grande somme de probabilités de guérison.

Le problème à résoudre dans cette circonstance nous semble devoir être posé un peu différemment : la maladie qu'il s'agit de guérir ne compromettant pas l'existence, le traitement devrait, avant tout, être sans danger. *Innocuité* et *efficacité*, tel nous paraît donc être le double but à atteindre dans le traitement des pseudarthroses.

La méthode des injections irritantes, dont nous venons de faire connaître un premier essai, est-elle capable d'obtenir ce résultat ? C'est aux faits ultérieurs à répondre. Tout ce qu'il nous semble permis d'en dire pour le moment, c'est qu'elle satisfait aux principales indications du traitement, qui consistent à provoquer une inflammation ossifique dans l'intérieur d'une fausse articulation et dans son voisinage, sans faire communiquer le foyer de la fracture avec l'air atmosphérique, et en exposant aussi peu que possible à la suppuration consécutive, cause principale de tous les accidents.

En attendant que l'expérience, souverain juge en semblable matière, ait dit son dernier mot à ce sujet, nous avons cru devoir communiquer à la Société de chirurgie le résultat de notre tentative, afin d'appeler sur elle l'attention et le contrôle de nos éminents collègues. Nous remarquerons seulement, avant de terminer, qu'un grand nombre de liquides autres que l'ammoniaque pourraient être utilisés dans le même but, et que l'injection pourrait être pratiquée non-seulement sur des points différents de la pseudarthrose, ainsi que cela a été fait dans le cas actuel, mais encore sur des points opposés du membre, partout, en un mot, où le travail ostéogénique semblerait languir ou faire complétement défaut.

---

(1) Malgaigne, *Traité des fractures et des luxations*, t. I r, pages 310, 314.

Séance du 21 mai 1863.

Présidence de M. Depaul.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit une lettre de M. Dolbeau, qui s'excuse de ne pouvoir assister aujourd'hui à la séance.

— MM. O. Heyfelder et Bœckel adressent, par l'intermédiaire de M. Larrey, un exemplaire de la traduction du *Traité des résections* de M. Heyfelder. (Remercîments).

— M. Liebreich fait hommage à la Société d'un exemplaire de son Atlas d'ophthalmoscopie représentant l'état normal et les modifications pathologiques du fond de l'œil, visibles à l'ophthalmoscope. (Remercîments à l'auteur).

M. BOINET lit un rapport sur une observation de kyste de l'ovaire guéri par l'emploi de la canule à demeure, présentée par M. Desprès à la Société de chirurgie. L'observation et le rapport sont renvoyés au comité de publication.

M. FORGET. J'ai remarqué dans le rapport de M. Boinet une assertion sur laquelle je voudrais avoir une explication. Le rapporteur nous a parlé des injections iodées dans les cas de kystes purulents ; je désirerais savoir si M. Boinet possède des faits qui démontrent l'efficacité de ce traitement.

M. BOINET. J'ai traité par les injections iodées six kystes purulents, et dans tous les cas j'ai obtenu la guérison.

Adénite postpharyngienne. — M. VERNEUIL. J'ai eu occasion d'observer successivement trois cas d'abcès postpharyngiens sur lesquels je désire attirer l'attention de la Société. Dans les trois cas, il s'agissait de malades affectées d'angines syphilitiques.

La première malade avait une tumeur verticale et arrondie, et soulevant la paroi postérieure et latérale du pharynx ; il était facile de s'assurer que cette tumeur était inflammatoire, fluctuante ; elle était le siége de douleurs vives ; malgré cela je ne l'incisai pas, de peur de rencontrer une des artérioles volumineuses qui rampent sur la

paroi latérale du pharynx et de produire une hémorrhagie abondante. Lorsque la tumeur eut atteint la ligne médiane, je l'ouvris en toute sécurité, et je donnai issue à une assez grande quantité de pus.

Chez la deuxième malade, on trouvait dans la même région une petite tumeur d'une fluctuation douteuse et dont l'incision ne livra passage qu'à une petite quantité d'un pus épais et gluant.

Enfin, la troisième malade a été observée à la consultation ; elle avait sur la partie latérale et postérieure du pharynx une saillie verticale, formant une tumeur qui se déplaçait facilement sous le doigt et qui offrait les caractères que j'avais remarqués au début chez les deux autres malades. Je n'ai pas revu cette malade.

En tenant compte de la marche et des caractères de ces abcès postpharyngiens, je pense que l'on est autorisé à placer leur siége dans un ganglion ; ce serait alors une adénite, une sorte de *bubon postpharyngien.*

La première chose à faire pour confirmer cette opinion, c'était de rechercher si normalement il existe un ganglion dans cette région ; or, M. Sappey dit précisément qu'il existe un ganglion de chaque côté de la paroi postérieure du pharynx, et j'ai pu moi-même vérifier l'exactitude de cette assertion.

Je dois faire remarquer que lorsqu'on se livre à l'exploration du pharynx, on peut être trompé par la saillie que forme la paroi latérale lorsque la tête est portée dans la rotation et inclinée de l'un ou de l'autre côté.

M. CULLERIER. Si M. Verneuil n'a voulu parler que des abcès postpharyngiens que l'on peut rencontrer chez les syphilitiques comme chez les autres individus, je n'ai rien à dire, car j'ai vu de ces abcès. Mais s'il veut faire de ces abcès des bubons symptomatiques des manifestations syphilitiques de la tête et de la face, je ne puis être de son avis, car les adénites secondaires ne suppurent pas, et lorsque la suppuration se produit, comme je l'ai vu dans un cas, on trouve le ganglion nageant dans le pus. Je suis, du reste, partisan de l'opinion qui rattache les adénites cervicales à des manifestations occupant les tissus dont les lymphatiques se rendent aux ganglions affectés.

M. GUÉRIN. Je me proposais de faire à M. Verneuil les objections que vient de présenter M. Cullerier.

En effet, quand un ganglion suppure, on s'attend à trouver un chancre mou, et pour moi, le chancre mou et le chancre induré sont parfaitement distincts ; l'adénite symptomatique du chancre induré ne suppure pas, et, pour le dire en passant, je suis heureux d'avoir

entendu M. Cullerier, car il me semble que cet honorable collègue devient dualiste.

Quoi qu'il en soit, la deuxième observation de M. Verneuil paraît se rattacher à une gomme; il est sorti peu de pus, la résolution a été fort lente. Dans le troisième cas, la résolution a été complète; il n'y a pas eu d'abcès.

M. VERNEUIL. J'ai voulu appeler l'attention sur les abcès rétro-pharyngiens développés dans un ganglion et coïncidant avec les angines syphilitiques. On ne saurait contester que l'adénite ne soit secondaire. Quant à ma deuxième observation, je ne crois pas encore avoir eu affaire à une gomme.

M. BROCA. Je veux seulement présenter quelques réflexions sur une proposition émise par M. Cullerier.

Notre collègue pense que la syphilis constitutionnelle n'a pas de prise directe sur les ganglions. Je crois très-bien que les ganglions cervicaux ne s'engorgent que consécutivement à une lésion du cuir chevelu. Mais je pense que, dans d'autres régions, les ganglions peuvent être atteints directement.

En 1853, Sigmund a signalé l'apparition précoce de l'engorgement du ganglion sus-épitrochléen dans le cas de syphilis constitutionnelle. En cherchant à vérifier cette assertion à Lourcine, je l'ai trouvée exacte une fois sur trois. C'était un engorgement indolent sans lésion aucune de la peau ambiante.

M. GUÉRIN. Il est évident que si M. Verneuil n'affirme pas que ses malades aient eu des adénites, il n'y a plus lieu de discuter, car nous avons tous vu des abcès du pharynx chez les syphilitiques, et il serait bien surprenant qu'après avoir examiné minutieusement le pharynx chez un si grand nombre de malades, nous n'eussions jamais rencontré l'adénite postpharyngienne. Il faudrait encore que M. Verneuil nous démontrât qu'il a existé une adénite, et ensuite quelle en a été la nature.

M. VERNEUIL. Je maintiens parfaitement avoir eu affaire à des adénites.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. FOUCHER.

Séance du 27 mai 1863.

Présidence de M. Richet, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. JARJAVAY, secrétaire général, donne lecture d'une lettre de M. Huguier, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance pour cause d'indisposition.

M. Jarjavay donne ensuite lecture de l'observation suivante, adressée par M. Michel (de Strasbourg), professeur de médecine opératoire à la Faculté de Strasbourg.

Perforation syphilitique de 12 millimètres de diamètre; uranoplastie périostique; guérison complète datant de trois mois; reproduction osseuse très-probable. — Comme la Société de chirurgie, qui a bien voulu m'honorer du titre de membre correspondant, s'occupe en ce moment de la reproduction osseuse à la suite des résections sous-périostées ou des déplacements du périoste chez l'homme, il m'a semblé opportun de lui transmettre cette observation, qui me paraît avoir une certaine valeur dans la question présente.

Le nommé X..., voyageur ambulant, âgé de trente-sept ans, d'un tempérament lymphatique, entre à la Clinique des maladies vénériennes le 19 décembre 1862.

Il porte les traces d'une série d'accidents syphilitiques graves, sur lesquels il donne les renseignements suivants :

En 1854, il a eu une uréthrite compliquée d'épididymite droite, suivie d'hydrocèle.

En 1855, il contracta un chancre du gland, qui n'a pas laissé de trace après avoir guéri par un simple traitement local.

En 1856, il survint sur le dos, les membres inférieurs, une éruption consistant d'après le malade en pustules assez grosses qui se couvrirent de croûtes, et dont la chute fut suivie d'ulcérations très-tenaces.

X... prit pendant un an, mais irrégulièrement, des pilules mercurielles et de l'iodure de potassium. Les ulcérations résistèrent, et le testicule gauche devint douloureux. Cette augmentation du mal l'engagea à entrer à l'hôpital de Brême en 1857, où il subit en cent jours un traitement par cent frictions mercurielles. Il sortit complétement guéri.

On pouvait croire le mal complétement détruit, lorsque deux ans après, en 1860, en même temps qu'une nouvelle éruption se développa un ozène, suivi de la perte des os propres du nez et d'une perforation de la voûte palatine. L'éruption envahit le cou, les côtés du tronc et le dos. Des ulcérations à sanie purulente succédèrent. Elles disparaissaient dans un point pour se développer plus loin. L'iodure de potassium, employé pendant six mois, resta sans effet.

Tels étaient les antécédents de notre malade.

A son entrée on put constater :

1° Les traces d'ulcérations serpigineuses dans des cicatrices nombreuses, situées sur divers points du tronc et des membres.

2° Le nez est affaissé à sa racine.

3° Au centre de la voûte palatine existe une perforation circulaire de 0,012 de diamètre, que le malade ferme avec un obturateur en papier mâché et ficelé. Les bords de cette perforation sont fongueux, ulcérés superficiellement; état dû sans doute à la pression exercée par le corps étranger. Quelques traces cicatricielles au niveau des piliers et des amygdales.

4° Le testicule gauche a deux fois son volume normal. Il est dur, bosselé. A droite, hydrocèle du volume du poing, reposant sur l'épididyme induré à la queue et à la tête. Les cordons spermatiques sont sains.

5° Chapelet ganglionnaire dans les aines.

6° Sur les parties antérieure et latérale gauche du cou, large plaque arrondie, formée de tissu de cicatrice, et recouverte par places de croûtes jaunâtres, épaisses, se prolongeant en haut vers l'oreille et dans le cuir chevelu. Dans quelques points, les croûtes tombées laissent voir des ulcérations grisâtres, à bords arrondis. Dans la région dorso-lombaire, mêmes lésions occupant une surface plus considérable. Les ulcères sont très-douloureux.

7° Sans être fortement affaiblie, la santé générale du malade porte les traces de la ténacité de son affection.

En raison de la persistance et de la reproduction de ces divers accidents, nous prescrivons au malade :

1° A l'*intérieur*, l'huile de foie de morue et l'iodure de potassium;

2° A l'*extérieur*, pour panser les ulcérations syphilitiques, des compresses imbibées d'une décoction de tilleul et de pavot.

Ce traitement fut suivi jusqu'au 23 février 1863. L'iodure de potassium fut progressivement porté à la dose journalière de 2 grammes.

Le 20 janvier, toutes les plaies sont fermées.

Nous parlons à cette époque au malade de remédier à sa perforation palatine. Il accepte notre proposition avec empressement. En vue

d'une opération prochaine, et désirant augmenter encore l'amélioration générale, nous prescrivons un meilleur régime et lui permettons quelques sorties au dehors de l'hôpital.

L'embonpoint augmente, et sous l'influence de quelques écarts de régime, des cicatrices s'ulcèrent de nouveau. Malgré ces petits accidents locaux, nous décidons l'opération pour le 23 février.

Nous choisissons le procédé de Langenbeck, et muni de son instrumentation, nous procédons de la manière suivante :

Le malade fut couché sur un lit, la tête fortement relevée à l'aide de coussins; avec un petit bistouri pointu, je prolongeai sur la ligne médiane le diamètre antéro-postérieur de la fistule, de 5 à 6 millimètres en avant et en arrière. L'incision atteignit les portions d'os restantes de la voûte palatine. Dans ces deux points, à l'aide d'une spatule mousse recourbée sur le plat, je commençai le décollement du périoste. Ceci me servit de guide en avant et en arrière pour continuer progressivement le décollement sur les côtés de la fistule, dont je dédoublai l'épaisseur des bords à l'aide d'un bistouri à double tranchant, courbé sur le plat. A ce niveau, le décollement fut un instant difficile, à cause de la présence du tissu cicatriciel. Une fois ce tissu dépassé, la membrane palatine fut décollée dans toute la longueur de la fistule, prolongée, ainsi que nous l'avons dit, en avant et en arrière, et dans une largeur de 15 millimètres au moins de chaque côté. Partout on put sentir facilement la sensation spéciale fournie par le frottement d'un instrument métallique sur une surface osseuse.

Dans un second temps opératoire, j'avivai scrupuleusement les bords de la fistule; une pince à mors de souris et un bistouri bien tranchant furent employés.

Il restait à mobiliser latéralement les lambeaux : ceci fut obtenu par deux incisions longitudinales parallèles à l'arcade dentaire, dépassant en avant et en arrière la fistule, et transperçant la membrane palatine à la limite du décollement en dehors. A la suite de ces incisions, les lambeaux se rapprochèrent d'eux-mêmes vers la ligne médiane, tellement que la fistule fut diminuée au moins de moitié dans son diamètre transversal.

Ces deux incisions donnèrent lieu à l'écoulement d'une quantité de sang peu considérable, qui fut arrêté à l'aide de petites boulettes de coton introduites entre les bords de la solution de continuité.

Trois points de suture furent mis ensuite à l'aide de l'aiguille de Langenbeck. Seulement je remplaçai son porte-fil par la pince ordinaire. Son porte-fil exige un aide exercé : avec la pince, l'opérateur peut seul faire la suture.

La réunion fut très-exactement faite et très-facile. L'opération a duré en tout trois quarts d'heure.

Pendant tout ce temps, le malade a peu souffert, excepté au moment où le décollement s'est rapproché de la sortie des branches nerveuses du nerf palatin postérieur. Par intervalles nous avons interrompu les manœuvres opératoires pour enlever le sang qui coulait dans la bouche. Des gargarismes d'eau froide ont largement suffi.

Les tampons de coton ont été maintenus dans les incisions latérales.

Le malade fut reporté dans son lit.

Le 24, l'opéré va bien, il n'a pas de fièvre, les sutures tiennent. Il a de l'appétit. — Potages.

Le 25, on enlève les tampons. L'état local et général est excellent. — Gargarismes d'eau d'orge.

Le soir, on replace les tampons de coton, car il semble que la cicatrice se ferait trop vite dans les incisions latérales.

Le 26, tout va bien; la réunion semble complète sur la ligne médiane. Le malade a expulsé par le nez avec précaution quelques caillots sanguins. L'appétit est excellent. On ajoute des œufs et du vin à sa nourriture.

Le 27, on enlève les deux sutures postérieures.

Le 28, on enlève la troisième et dernière suture; la cicatrice tient. Les tampons sont maintenus pour soutenir la réunion.

Dans les jours suivants la cicatrice se solidifie, et ce n'est que quelques jours après, lorsque nous jugeons celle-ci assez solide, que nous enlevons décidément les petits tampons de coton.

Peu de jours après, les incisions latérales sont cicatrisées.

Depuis cette époque il n'y eut rien de particulier, si ce n'est quelques gouttes de pus (deux ou trois) qui filtrèrent par l'ouverture gauche du fil de la dernière suture. Cette circonstance n'eut pas de suite. La guérison s'acheva jusqu'au 24 mars, époque à laquelle le malade quitta l'hôpital.

Au moment de son départ, la cicatrice médiane était solide : elle était tellement régulière qu'on voyait à peine les traces d'une opération antérieure. Au toucher, les lambeaux étaient dépressibles au niveau de la fistule.

Le malade nous quitta, promettant de revenir nous voir de temps à autre.

J'ai pu depuis cette époque le visiter et le faire voir à quelques-uns de mes collègues à plusieurs reprises, le 14 avril, le 7 et le 23 mai.

Voici en peu de mots ce que j'ai observé :

Le 14 avril, à la pression, les lambeaux sont encore dépressibles, mais moins qu'au 24 mars.

Au 7 mai, je ne puis plus déprimer les lambeaux.

Enfin, le 23, au toucher, la voûte palatine offre partout la même résistance. Il n'est pas possible de trouver le point où la fistule existait. Le malade lui-même sent parfaitement le changement de consistance qui s'est opéré; il en parle avant qu'on le lui demande.

Je n'ai fait que quelques tentatives incomplètes avec les aiguilles à acupuncture, à la suite des craintes exprimées par notre opéré; du reste, je crois ce mode d'exploration moins fidèle que le toucher.

En résumé :

Cette observation est un bel exemple de succès de la palatoplastie périostique appliquée aux perforations syphilitiques. Le diamètre de la perforation était plus considérable que celui cité dans les observations de MM. Baizeau et Richet.

Si je ne m'abuse, je ne trouve d'autre explication à la résistance actuelle de la voûte palatine à la pression du doigt que celle d'une reproduction osseuse. Sans doute une démonstration *de visu* de cette reproduction serait préférable à celle fournie par le toucher; mais notre opéré compte bien ne nous la donner que le plus tard possible.

M. CHASSAIGNAC. Je veux relever quelques assertions inexactes qui sont contenues dans la note communiquée par M. Forget, dans l'avant-dernière séance. J'avais dit que dans un cas j'avais fait la résection d'une partie de l'humérus frappé d'une balle et brisé en plusieurs esquilles; j'avais fait remarquer que j'ai scié l'os dans sa continuité et que cependant la reproduction a eu lieu. M. Forget appelle cela une ablation d'esquilles; cela me paraît une singulière façon d'interpréter les faits, car, dans ce cas, j'avais conservé le périoste, et on pouvait supposer que cette membrane avait contribué à régénérer l'os.

M. FORGET. Je suis étonné du reproche que m'adresse M. Chassaignac; je n'ai pas du tout dénaturé le fait auquel il fait allusion, car dans le procès-verbal il n'est pas question d'autre chose que d'une ablation des esquilles, et si M. Chassaignac a réséqué l'humérus, il devait le dire d'une façon plus explicite.

M. CHASSAIGNAC. Le fait dont je parle est bien un fait de résection, et il a été déjà rapporté *in extenso* dans nos *Bulletins*.

Adénite postpharyngienne (suite). — **M. VERNEUIL.** Comme on a contesté l'interprétation que j'ai donnée des trois faits d'adénite postpharyngienne que j'ai rapportés dans la dernière séance, je suis bien

aise de dire que M. Bauchet a examiné l'une de mes malades et qu'il a complétement partagé mon opinion.

M. BAUCHET affirme avoir en effet constaté ce que M. Verneuil a décrit.

M. GUERSANT. J'ai assez souvent vu chez les enfants scrofuleux des abcès postpharyngiens circonscrits, causant un embarras de la parole, et dont le siége m'a paru être dans les ganglions.

M. GUERIN. Je ne nie pas absolument l'existence des ganglions postpharyngiens ni l'adénite de cette même région, mais je dis qu'avant de décrire une adénite liée aux accidents syphilitiques, il faut avoir des faits bien probants ; or, ceux de M. Verneuil sont insuffisants. Je voudrais qu'il nous eût montré les ganglions bien disséqués, bien apparents ; qu'ensuite on nous démontrât qu'ils peuvent être malades. Je ne puis m'empêcher de remarquer que dans la syphilis constitutionnelle les bubons suppurés sont très-rares ; or c'est précisément dans la syphilis que s'observerait l'adénite décrite par M. Verneuil.

M. VERNEUIL. Je n'ai pas dit d'une manière absolue que mes malades avaient une adénite syphilitique. Ce que j'ai dit, c'est que, me fondant sur l'anatomie normale et sur la pathologie, je pensais que les abcès que j'ai rencontrés siégeaient dans les ganglions ; j'ai ajouté que ces ganglions pouvaient être malades dans d'autres circonstances que la syphilis. M. Guérin objecte que dans la syphilis les ganglions ne suppurent pas. Je ne suis pas de cet avis, et je pense au contraire que lorsqu'il existe une ulcération secondaire, les ganglions peuvent suppurer. J'invoque d'ailleurs à l'appui de mon interprétation la coïncidence de l'adénite et de l'angine syphilitique. M. Guérin veut que je lui montre les ganglions postpharyngiens disséqués ; j'ai cherché ces ganglions, je les ai vus ; M. Guérin les conteste, qu'il fasse comme moi, qu'il s'assure par la dissection de leur existence.

M. GUERIN. Il me semble que M. Verneuil intervertit les rôles de chacun de nous dans cette discussion. Je conteste l'existence des ganglions postpharyngiens, M. Verneuil me répond que je dois les chercher ; c'est à lui qui les décrit de nous les montrer, s'il veut entraîner la conviction. Il s'appuie sur une description de M. Sappey ; mais cet anatomiste n'en parle qu'en passant, et n'en donne pas une description précise. Je suis donc en droit de rester dans le doute à cet égard.

Pourquoi d'ailleurs M. Verneuil veut-il que ses malades aient eu des adénites suppurées ? Et remarquez que cela a de l'importance ; déjà on a parlé dans un concours de l'adénite postpharyngienne syphilitique, décrite par M. Verneuil.

Voilà donc une maladie que l'on accepte sans preuves suffisantes. Notre collègue veut que dans la vérole les ganglions suppurent, cela est inexact ; oui, quand il existe un chancre mou, les ganglions suppurent ; mais avec des plaques muqueuses, avec un chancre induré, il n'y a pas de suppuration. Cependant les trois cas de M. Verneuil étaient des cas de vérole ; il est au moins extraordinaire qu'il ait rencontré ainsi trois exceptions.

Pourquoi ne pas admettre qu'il se fait chez des syphilitiques des abcès postpharyngiens circonscrits analogues à ceux que M. Guersant a rencontrés chez des scrofuleux ?

Je maintiens donc que les faits de M. Verneuil sont insuffisants pour démontrer l'existence d'une maladie qui serait nouvelle.

M. GIRALDÈS. Je veux dégager un élément qui s'est glissé incidemment dans cette discussion ; on a parlé de la scrofule ; il est certain que dans cette affection on trouve des ganglions là où l'anatomie normale en démontre difficilement ; on en trouve dans la région postérieure du pharynx, dont il tapisse quelquefois toute la paroi ; on y rencontre aussi des abcès scrofuleux, et ces abcès ont été déjà signalés.

M. DOLBEAU lit le travail suivant :

De l'uréthrotomie. — Quelques réflexions à l'occasion d'un relevé de 37 opérations.

Depuis plusieurs années je ne pratique l'uréthrotomie que comme un moyen de favoriser la dilatation de l'urèthre dans certains cas exceptionnels. La section des rétrécissements, l'uréthrotomie elle-même, ne m'ont jamais donné que des guérisons temporaires. Il dépendra toujours des malades de prévenir la récidive et surtout d'empêcher le retour des accidents déterminés par la présence d'un obstacle au cours de l'urine.

L'uréthrotomie interne est préférable à la section externe ; cette dernière doit être réservée pour des rétrécissements que rien ne peut franchir et dont l'existence provoque des accidents, soit aigus, soit chroniques ; on opère alors la section, mais sans conducteur.

L'uréthrotomie interne doit être faite, quand cela est possible, d'arrière en avant et avec l'uréthrotome à olive. Cette opération doit comprendre toute l'épaisseur du rétrécissement, mais respecter les tissus sains. Pour cette raison, chez le même sujet, il est souvent bon de sectionner le rétrécissement en plusieurs fois, séparées chacune par des dilatations méthodiques.

Quand l'olive ne peut passer et qu'il y a urgence, comme dans les

cas de rétention d'urine, ou bien encore lorsque la dilatation ne peut se faire sans réaction, il faut faire l'uréthrotomie d'avant en arrière. Cette opération doit être faite avec un instrument très-fin ; mais elle n'a pour résultat, et on doit n'avoir d'autre but en la pratiquant, que de débrider l'obstacle, pour ensuite compléter la section du rétrécissement au moyen d'une incision faite d'arrière en avant.

L'uréthrotomie interne doit toujours être suivie d'une dilatation longue et ménagée, qu'on prolongera jusqu'à ce que le canal ait récupéré ses dimensions et sa souplesse normales.

Telle est ma manière d'envisager l'uréthrotomie relativement à ses indications et à son application. Je ne suis du reste arrivé à ces conclusions que par l'expérience clinique ; je dois même dire que dans l'origine j'ai plusieurs fois pratiqué l'uréthrotomie comme méthode unique de traitement, ce à quoi j'ai renoncé depuis longtemps. Aujourd'hui, je fais l'uréthrotomie toutes les fois que la dilatation est insuffisante, ou toutes les fois que cette manœuvre détermine des accidents, car je pose en principe qu'il faut toujours rendre au canal ses dimensions physiologiques.

Pour moi, l'uréthrotomie est moins une méthode de guérir les rétrécissements qu'un moyen de remédier aux accidents qui sont sous la dépendance des obstacles à la miction.

Parmi ces accidents, il y a la rétention d'urine ; dans ces cas, lorsqu'on peut passer une fine bougie ou un petit conducteur cannelé, je fais l'uréthrotomie immédiatement d'avant en arrière ; je coupe ainsi l'obstacle, et je remplis l'indication urgente : placer une sonde dans l'urèthre. (V. *Bulletin de thérapeutique*, 1861.)

Depuis 1858, j'ai pratiqué 37 opérations d'uréthrotomie.

Sur ces 37 opérations, 36 ont rapport à l'uréthrotomie interne, 1 seule à l'externe. (V. *Bull. de thérap.*, 1862.)

Sur ces 36 opérations d'uréthrotomie, 25 ont été faites à l'hôpital et 11 dans ma clientèle. (Plusieurs de ces observations figurent dans la thèse d'un de mes élèves. — Mauvais, thèse de 1860.)

Mon plus jeune malade avait 19 ans, le plus âgé 64 ans ; le plus grand nombre avaient de 35 à 50 ans.

Quant au siége des rétrécissements coupés, ces 36 cas se répartissent ainsi :

4 dans la région pénienne ;

7 à l'insertion du scrotum ;

25 dans la région profonde, c'est-à-dire au voisinage du bulbe de l'urèthre.

3 malades portaient plusieurs rétrécissements ; les 34 autres n'en avaient qu'un seul.

Quant au procédé, voici les chiffres :

6 ont été opérés d'avant en arrière;

30 d'arrière en avant.

Sur mes 37 malades, 34 ont été opérés pour des accidents chroniques ; 3 ont été uréthrotomisés d'avant en arrière pour remédier à une rétention d'urine.

Résultats. — Sur 37 opérés, j'ai eu un mort.

Les 36 autres ont éprouvé des accidents variés, mais 34 ont récupéré un urèthre large d'au moins 7 millimètres ; 2 autres sont sortis incomplétement traités.

Sur 37 opérations, nous remarquons que :

37 ont eu un ou plusieurs accès de fièvre après l'opération, que jamais la réaction n'a manqué; que 5 ont eu des phlegmasies consécutives, savoir :

Un abcès dans le moignon de l'épaule ;

Un abcès dans le muscle jumeau externe ;

Un abcès dans la fosse iliaque interne ;

Un abcès sur le dos de la main, et un abcès sur la tête du péroné ;

Une pneumonie.

Sur les 36 opérés par l'uréthrotomie interne, nous trouvons :

31 chez lesquels l'écoulement du sang a été arrêté par la seule présence de la sonde laissée vingt-quatre heures en place.

Chez les 5 autres, l'hémorrhagie a duré de deux à sept jours, et a constitué un véritable accident.

L'hémorrhagie suit ordinairement l'opération, mais chez un malade de la ville l'accident s'est montré au neuvième jour et a duré une semaine.

Il nous reste à dire quelques mots relativement au malade qui a succombé.

L'opération a été suivie d'une infiltration d'urine limitée à la région du bulbe. Le onzième jour après l'opération, on a ouvert l'abcès, puis cinq jours plus tard se sont développés les accidents de l'infection purulente. L'opéré est mort vingt-trois jours après l'uréthrotomie. Son cadavre présentait des abcès métastatiques dans le foie.

En résumé, l'opération de l'uréthrotomie détermine presque toujours, sinon toujours, une réaction fébrile. Les accidents sont même quelquefois effrayants, mais ordinairement la terminaison est heureuse. L'uréthrotomie peut causer la mort, mais nous pensons que le danger réside surtout dans les incisions trop profondes.

Réservée pour certains cas bien déterminés, l'uréthrotomie sage-

ment faite est une opération qui doit entrer dans la pratique, mais à titre seulement d'adjuvant de la dilatation temporaire.

(Renvoi de la discussion à la prochaine séance.)

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 3 juin 1863.

Présidence de M. RICHET, vice-président.

Lo procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Jarjavay donne l'analyse d'une lettre adressée à la Société par M. le docteur de Lignerolles. L'auteur a enlevé dans un cas toute la partie moyenne du maxillaire inférieur de la deuxième petite molaire d'un côté à celle du côté opposé sans conserver le périoste. La partie de l'os enlevé s'est cependant reproduite. Ce sont nécessairement les deux surfaces osseuses qui ont fait les frais de cette reproduction. M. de Lignerolles ajoute que, dans les cas de cancer du même os, loin d'être avantageuse, la conservation du périoste ne pourrait que favoriser la récidive.

— La Société reçoit de M. le docteur Giambattista Borelli une brochure contenant trois mémoires sur l'ankylose angulaire du genou et son traitement.

M. CHASSAIGNAC, à l'appui de la réclamation qu'il a faite dans la dernière séance, donne lecture de la relation du cas de résection de l'humérus, telle qu'elle se trouve insérée dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, t. I[er], p. 744, 1848, et fait ensuite remarquer qu'il n'est pas possible de considérer ce fait comme une simple ablation d'esquilles.

M. FORGET. J'ignorais que le fait communiqué récemment par M. Chassaignac fût le même que celui dont il avait parlé il y a treize ans. Il est clair que s'il en est ainsi, M. Chassaignac a bien pratiqué une résection, mais j'observerai toutefois que j'ai dû m'en tenir à ce qui était consigné au procès-verbal.

M. HUGUIER. J'ai été l'un des premiers ici à nier la reproduction des os après les résections pratiquées pour les lésions traumatiques, et je dois avouer que le fait de M. Chassaignac, tel qu'il vient de nous le lire, ne peut entraîner la conviction.

Je demanderai à notre collègue si son observation a été publiée ailleurs avec plus de détails; car ici, il est bien question d'une résection, mais on ne dit pas si le périoste a été conservé et s'il y a eu reproduction de l'os.

M. CHASSAIGNAC. J'ai communiqué le fait huit jours après l'opération, je ne pouvais pas alors parler de la reproduction des os; mais il est clair qu'en enlevant les esquilles, j'ai dû conserver le périoste, et puisqu'il y a eu une reproduction osseuse, j'ai pu dire que ce fait pouvait être interprété en faveur de la reproduction des os par le périoste.

M. HUGUIER. Quand on croit faire une opération nouvelle, on se donne la peine de la décrire; or, M. Chassaignac n'a dit nulle part qu'il avait conservé le périoste en réséquant les deux bouts de l'humérus. Lorsque le périoste n'est pas décollé sur les esquilles, on l'enlève avec elles, il n'est donc pas inutile de dire si on a eu le soin de le conserver. L'observation de notre collègue est intéressante, mais ne saurait rien prouver quant à la question qui a occupé la Société.

M. LEGOUEST. Dans l'une des précédentes séances, M. Chassaignac s'est étonné que son observation de résection de l'humérus à la suite d'un coup de feu, ait été passée sous silence lorsqu'on s'est occupé du rôle du périoste : rien n'est cependant plus naturel.

En effet, dans l'observation rappelée par notre honorable collègue, et relatée dans le t. Ier de nos *Bulletins*, p. 744, il n'est nullement question du périoste, de son rôle ostéogénique, non plus que de sa conservation et de l'espérance qu'elle peut donner de voir l'os enlevé se reproduire.

Dans la discussion qui suivit la communication de M. Chassaignac, personne ne parla du périoste, si ce n'est M. Giraldès, qui formula laconiquement l'opinion suivante : « Si le périoste n'a pas été ménagé, il ne reste pas de moyen de réparation, » opinion qui passa inaperçue; et M. Chassaignac lui-même avait déclaré que « le point sur lequel il avait voulu appeler l'attention de la Société, c'était la résection pratiquée dans un lieu très-voisin de l'articulation du coude. »

Depuis cette époque, 1850, notre honorable collègue a revu son opéré, puisqu'il nous a dit dernièrement que l'humérus s'était non-seulement consolidé, mais encore reproduit dans la moitié de sa longueur totale.

Que M. Chassaignac veuille bien me permettre de lui soumettre quelques observations. Tout le monde le sait, dans les fractures comminutives par coups de feu, il existe des esquilles libres et des esquilles adhérentes : un grand nombre des esquilles libres sont tapissées de périoste, périoste que l'on enlève avec elles et qui ne sert pas à la réparation de l'os, laquelle s'effectue néanmoins : les esquilles adhérentes et mobiles sont enlevées aujourd'hui comme les premières, parce que l'expérience a démontré que leur présence est plus nuisible qu'utile, et que, dans l'immense majorité des cas, elles ne se consolident pas; il est très-difficile, pour ne pas dire impossible, de les enlever sans enlever en même temps la plus grande partie du périoste qui les retient; je vais plus loin, et je dis que jusqu'à présent on ne s'est pas beaucoup préoccupé de la conservation du périoste en les enlevant, et que cependant bon nombre de fractures n'en ont pas moins guéri.

Si, dans la résection que M. Chassaignac a faite du fragment de l'humérus, il a conservé le périoste et s'il a vu l'os se reproduire, combien de chirurgiens agissant de même n'ont pas obtenu un semblable résultat, et combien, ne se préoccupant pas du périoste, ont obtenu des consolidations sans raccourcissement notable!

Le fait rapporté par M. Chassaignac est incontestablement un très-beau succès; mais, à mon avis, il n'est pas probant. Que mon honorable collègue me pardonne de le combattre ; mais je m'y crois obligé, parce qu'il est à craindre que, sous l'autorité de son nom, on n'entreprenne, à la suite de fractures comminutives par coups de feu, des opérations difficiles à mener à bien, nécessitant des délabrements considérables et n'offrant pas de chances suffisantes de succès.

M. CHASSAIGNAC. Le fait dont il est ici question a été publié dans la *Gazette des Hôpitaux;* là on trouvera tous les détails de médecine opératoire qui s'y rapportent. Je ferai remarquer, en outre, que j'ai apporté ici d'autres faits, entre autres celui de cette femme dont j'ai parlé à l'Académie de médecine et chez laquelle les deux tiers internes de la clavicule se sont reproduits et un fait de résection d'un métatarsien; j'ai dit que j'introduisais ces observations dans la discussion comme pouvant fournir des éléments utiles, mais j'ai ajouté qu'il fallait encore de nouvelles preuves pour juger la question.

Bec-de-lièvre compliqué de division de la voûte palatine. Opération double. Guérison.

M. LEGOUEST. Vers la fin de l'année dernière, M. le docteur Dambre, de Courtrai (Belgique), a adressé à la Société de chirurgie une

observation de bec-de-lièvre compliqué de division de la voûte palatine, qui a été renvoyée à une commission composée de MM. Broca, Giraldès et Legouest.

Cette observation est intéressante en raison de la question qui s'agite aujourd'hui dans la Société.

Six mois après avoir opéré le bec-de-lièvre, ce qui ne présenta rien de particulier à signaler, M. le docteur Dambre voulut combler la division persistante de la voûte palatine. Cette seconde opération fut, comme la première, suivie de succès ; néanmoins elle fut accompagnée, pendant son exécution, d'une hémorrhagie très-abondante, hémorrhagie que j'ai déjà signalée, ainsi que plusieurs de nos collègues, comme pouvant compromettre le résultat qu'on se propose d'obtenir ; mais ce qui donne à l'observation de notre confrère de Courtrai un intérêt d'actualité, c'est qu'il put suivre son malade et constater, six mois après l'opération d'uranoplastie, que malgré le soin qu'il avait pris de décoller le périoste et de le transporter avec les lambeaux, par le procédé de Langenbeck, sur la division de la voûte palatine, cette division n'était fermée que par une membrane mince et dépressible, sans apparence de production osseuse.

Dans cette circonstance, le résultat a donc été le même que dans le fait rapporté à la Société par notre collègue M. Richet, fait qui a donné lieu, dans les séances précédentes, à l'examen du rôle du périoste au point de vue pratique.

M. le docteur Dambre rappelle à la Société qu'il est inscrit, depuis 1859, sur la liste des candidats aux places de membre correspondant, et il la prie de vouloir bien prendre sa candidature en bienveillante considération.

Le rapporteur appuie la demande de M. le docteur Dambre, et propose les conclusions suivantes :

1° Adresser une lettre de remercîments à M. le docteur Dambre.

2° Donner un extrait de son observation dans le *Bulletin*.

Ces conclusions sont adoptées.

Discussion sur l'uréthrotomie.

M. MOREL-LAVALLÉE. Il faut avouer qu'il y a dans l'observation clinique de singuliers hasards ; M. Dolbeau est jeune, et voilà que déjà il a pu faire 37 uréthrotomies, et moi, qui suis plus ancien dans la pratique, je n'en ai jamais fait. Cela s'explique cependant, car, pour moi, l'uréthrotomie est une opération grave qui entraîne quelquefois la mort ; les indications en sont beaucoup plus rares qu'on ne l'a dit. J'avoue que la dilatation me suffit à peu près toujours ; ce

moyen est certainement le meilleur, mais il exige de la patience, de la persévérance. M. Dolbeau nous dit qu'il faut absolument rendre à l'urèthre son calibre normal, mais cela n'est pas nécessaire ; il suffit que le malade urine avec aisance pour qu'on considère son urèthre comme assez large. J'ai toujours été surpris du volume des instruments terminés en olive qui passent dans les rétrécissements que certains praticiens incisent. Ainsi, je suis convaincu que l'on abuse de l'uréthrotomie.

M. DOLBEAU. Je m'attendais à ces objections. D'abord M. Morel dit qu'il n'est pas utile de rendre aux malades un urèthre tout à fait normal ; mais il ne prend pas garde à toutes les conséquences graves d'un urèthre encore rétréci ; il se développe alors lentement des cystites, des néphrites qui entraînent la mort. Sans doute, l'uréthrotomie a ses dangers ; mais la lithotritie peut aussi causer la mort, et cependant on n'y renonce pas.

M. MOREL-LAVALLEE. M. Dolbeau exagère mon opinion. Je n'ai pas dit qu'il était sans inconvénients d'avoir un urèthre rétréci ; j'ai dit que par la dilatation bien faite on pouvait rendre à l'urèthre un calibre suffisant et permettant à la miction de s'accomplir sans qu'il y ait à craindre d'accidents consécutifs. J'ai ajouté que les cas rebelles à la dilatation sont extrêmement rares, et que l'on se hâte beaucoup trop d'abandonner ce moyen.

M. DOLBEAU. J'ai dit aussi qu'il faut traiter les rétrécissements par la dilatation, mais que, tandis que les vieux chirurgiens s'en tiennent là, nous pouvons aujourd'hui aller plus loin, et quand on ne peut opérer la dilatation, on doit risquer l'uréthrotomie.

M. TRELAT. Je n'ai pas l'avantage d'avoir la pratique de M. Morel-Lavallée, et je ne puis guère invoquer mon expérience personnelle dans la question. Mais lorsque j'ai fait ma *Statistique des hôpitaux*, j'ai trouvé beaucoup d'uréthrotomies, et jo dois dire que la proportion des morts m'a paru assez considérable, peut-être 7 à 8 sur 80. Je n'affirme pas ces chiffres, c'est un simple souvenir.

D'un autre côté, on rencontre dans les hôpitaux de vieux rétrécissements traités par la dilatation et qui sans cesse se reproduisent, et l'on comprend tout ce que peut avoir d'insupportable une maladie dont le traitement est toujours à recommencer. Je ne sais si la persistance des rétrécissements amène des accidents graves ; mais je ferai remarquer que l'urine peut séjourner dans la vessie lorsque l'urèthre offre un calibre tel qu'une sonde volumineuse le traverse, et cela sans paralysie et en vertu d'un retrait relatif de la portion membraneuse.

M. LABORIE. Je vois à Vincennes beaucoup de malades opérés par l'uréthrotomie, et j'ai voulu savoir ce que quelques-uns de ces malades devenaient en les abandonnant à eux-mêmes : j'ai constaté qu'après l'uréthrotomie il y a des récidives comme après la dilatation, et que peut-être même elles se font plus promptement.

M. CHASSAIGNAC. La façon dont M. Trélat comprend la statistique est vraiment par trop commode. Ainsi il nous parle de 7 ou 8 morts sur 80, et cependant il n'est sûr de rien; c'est absolument comme dans sa *Statistique générale des hôpitaux*, où on a omis l'hôpital Saint-Louis. Je dirai à M. Dolbeau que non-seulement l'uréthrotomie entraîne la mort, mais qu'elle produit d'autres accidents. Ainsi, il nous a parlé lui-même d'abcès musculaires ; mais ces abcès, pour moi, sont des abcès métastatiques.

M. Laborie vous a signalé avec juste raison les récidives après l'uréthrotomie comme après la dilatation. Il faut bien remarquer aussi que certains malades spéculent sur leurs rétrécissements; ils deviennent par ce moyen des piliers d'hôpitaux, et quand ils ont obtenu une légère amélioration par la dilatation, ils se gardent bien de continuer le traitement.

Quant aux stagnations d'urine sans rétrécissement, où l'on passe de grosses bougies dans l'urèthre, je ne saurais les admettre; ce sont tout simplement des cas de spasme de l'urèthre. Enfin, je remarque que M. Dolbeau n'a pas indiqué la durée de la guérison chez ses malades; cela serait important, car il s'agit là d'une question de pratique journalière.

M. TRELAT. Les questions de statistique ont le privilége d'intéresser vivement M. Chassaignac. J'ai omis Saint-Louis dans ma *Statistique générale;* j'en ai donné les motifs, je n'y reviens pas.

M. Laborie fait à Vincennes des recherches d'une grande utilité; mais on sait qu'après l'uréthrotomie il faut employer la dilatation avec les bougies, et en laissant les malades sans traitement consécutif, on favorise la récidive.

M. VELPEAU. J'entends parler d'une méthode nouvelle quand on parle d'uréthrotomie; mais cette opération est fort ancienne; déjà du temps de Ducamp, et même bien avant lui, on la pratiquait. Amussat avait inventé dès 1823 ou 1824 un instrument pour inciser les rétrécissements. M. Guillon défend cette méthode avec ardeur. Il existe depuis longtemps une foule d'instruments pour l'uréthrotomie. Je relève ce mot, parce que M. Dolbeau semble dire que cette méthode n'était pas connue des anciens, et qu'il faut bien qu'il sache que les tentatives que l'on fait aujourd'hui ont été déjà faites, que

moi-même j'ai assisté à une période d'expérimentations de ce traitement, et c'est précisément parce que je suis un vieux chirurgien que je puis la juger. Voici donc ce que je sais sur cette question : je me suis assuré que la dilatation est le moyen le plus commode, le plus sûr de traiter les rétrécissements, mais il y a des récidives. J'ai cautérisé, j'ai incisé les rétrécissements, et je n'ai pas vu que cela réussit mieux que la dilatation, et je ne serais pas étonné que les malades opérés par M. Dolbeau ne revinssent le trouver bientôt avec des récidives. J'ai bien fait une quarantaine d'uréthrotomies, et j'en ai revu un grand nombre avec de nouveaux rétrécissements. J'ai vu faire les autres praticiens, je n'ai pas vu plus de succès entre leurs mains qu'entre les miennes. Mais si l'uréthrotomie ne guérit pas mieux que la dilatation, elle est infiniment plus dangereuse. J'ai perdu des malades à la suite de cette opération, et j'ai vu les autres chirurgiens en perdre.

La section des rétrécissements ne doit donc être conservée que comme méthode tout à fait exceptionnelle. Si les malades des hôpitaux ne continuent pas longtemps la dilatation, en ville on peut mieux compter sur la persévérance des malades, et on voit qu'avec du soin les fonctions ne souffrent pas. J'ai même vu des guérisons définitives après plusieurs années de traitement par la dilatation.

M. VOILLEMIER. M. Velpeau vient de vous le dire, l'uréthrotomie n'est pas une méthode nouvelle; ce qu'il y a de nouveau, ce sont certains instruments, c'est l'abus qu'on en fait, ce sont les grandes incisions. Quand on aura épuisé le cercle de toutes ces inventions, on réinventera la dilatation. J'ai le regret de le dire, le travail de M. Dolbeau n'est fait que pour jeter des doutes sur la question. Il faudra savoir s'il y a eu ou non des récidives. J'ai vu un malade avec une récidive au bout de deux mois; un autre avait sept ou huit rétrécissements; parce qu'avec certains uréthrotomes on refoule la muqueuse, on produit des plis que l'on coupe, et ce sont autant de rétrécissements cicatriciels. Un autre malade a été uréthrotomisé dans un service où cette méthode est fort en honneur, il a succombé; il n'avait pas de rétrécissement. Certains procédés d'uréthrotomie ont déjà produit un grand nombre de morts, et ce sont ceux-là que l'on donne comme les plus inoffensifs.

M. DOLBEAU. J'ai employé une expression qui a été relevée par M. Velpeau; j'ai dit, en parlant de l'uréthrotomie, que les vieux chirurgiens avaient abandonné ce mode de traitement. En prononçant ce mot de vieux chirurgiens, j'ai entendu désigner ceux qui sont plus anciens que nous dans la pratique, et je n'ai nullement voulu manquer aux égards qui sont dus à nos maîtres.

M. VELPEAU. Je ne veux pas que M. Dolbeau croie que l'expression de vieux chirurgien dont il s'est servi a pu me choquer. Je ne l'ai relevée que parce que je voulais faire comprendre que ceux d'entre nous dont la pratique remonte à une époque éloignée, ont déjà pu expérimenter et juger la méthode que préconise M. Dolbeau.

M. DOLBEAU. Je répondrai en quelques mots aux objections que m'ont présentées mes honorables collègues sur le relevé statistique des opérations d'uréthrotomie faites par moi et que je venais soumettre à la Société de chirurgie. Une deuxième lecture de mon travail serait peut-être le meilleur argument que je pourrais trouver; je crois, en effet, que j'ai été mal compris.

J'ai dit que je pratiquais l'uréthrotomie pour des cas exceptionnels; que je ne considérais pas cette opération comme une méthode de traitement des rétrécissements de l'urèthre, mais comme un adjuvant de la dilatation temporaire, dans certains cas que j'ai pris soin de déterminer.

Entre M. Morel-Lavallée et moi la discussion a été courte, vous le savez. J'ai dit que la dilatation était quelquefois insuffisante pour rendre à l'urèthre ses dimensions normales. M. Morel-Lavallée a répondu qu'on obtenait toujours par ce moyen un canal assez libre pour permettre la miction. Nous restons donc en désaccord sur le point important de la thérapeutique des rétrécissements; notre collègue soutient qu'il est inutile de rendre à l'urèthre ses dimensions et sa souplesse normales; moi, je considère qu'il est d'une bonne pratique de rétablir les choses dans leur état normal.

J'ai peu de chose à répondre à M. Trélat, puisqu'il accepte, comme moi, l'uréthrotomie restreinte dans son application. J'ai, comme lui, observé des malades qui éprouvaient encore des accidents mal définis, quoiqu'on pût passer une bougie volumineuse dans le canal. Chez ces malades, la section d'une bride, d'un point induré, suffit quelquefois pour faire cesser les troubles morbides; dans ces cas, l'opération en elle-même a une médiocre importance, sa bénignité est la règle.

J'arrive maintenant à l'argumentation de notre maître M. Velpeau. Je crois qu'il s'est mépris en nous attribuant la pensée que l'uréthrotomie était une méthode nouvelle. Je pourrais par des citations démontrer que la section de l'urèthre est encore plus ancienne dans l'histoire de l'art que ne l'a dit M. Velpeau. Si j'ai parlé de vieille méthode à propos de la dilatation, j'ai voulu dire que depuis longues années c'était le moyen thérapeutique conservé par les chirurgiens qui avaient acquis de l'expérience. Je le dis encore; pour moi, l'uréthrotomie ne peut pas être une méthode, puisque je ne l'emploie que

comme un adjuvant de la dilatation, qui peut être insuffisante dans quelques cas exceptionnels.

Il est un point de l'argumentation de M. Velpeau que je considère comme très-important. Le célèbre professeur reconnaît, lui aussi, qu'il y a des rétrécissements qui ne peuvent être dilatés complétement sans provoquer des accidents. Ces cas exceptionnels, il les réserve à l'uréthrotomie.

Vous voyez donc, Messieurs, qu'il y a accord parfait entre le maître et l'élève. Quant à la gravité de l'uréthrotomie, M. Velpeau vous a donné son opinion, j'y reviendrai dans un instant.

M. Voillemier vous a longuement rappelé que la mode a son influence, même sur les graves décisions de la chirurgie; je n'ai pas à le suivre sur ce terrain. Notre collègue, avec une forme et des ménagements dont je lui sais gré, a déclaré que les chiffres que j'apportais n'avaient aucune valeur; si, dit-il, vos 37 opérés avaient tous succombé, la conclusion serait péremptoire; mais comme il n'en a rien été, la question reste indécise. J'admets avec M. Voillemier, que bien des fois on a fait l'uréthrotomie alors que cette opération n'était pas indispensable. Je sais comme lui que les observations se ressentent toujours des tendances et des appréciations de chaque observateur; mais je ne puis lui concéder que les statistiques soient sans valeur.

M. Voillemier pratique parfois l'uréthrotomie; j'aurais préféré qu'il nous eût dit combien il avait eu de morts sur l'ensemble de ses opérés; quelles étaient pour lui les indications et les contre-indications de la section des rétrécissements. La science ne peut progresser que par la réunion des faits; ce n'est qu'en discutant ces faits que l'on peut arriver à des résultats pratiques.

J'ai dit pourquoi je pratique l'uréthrotomie; j'ai précisé les indications de cette opération, et j'ai fait voir que les 37 malades avaient éprouvé des accidents plus ou moins graves, mais qu'un seul avait succombé. Que chacun de nous donne le résultat de sa pratique, et nous saurons quelle est la mortalité probable à la suite de l'uréthrotomie.

M. Laborie, puis M. Chassaignac, ont parlé des résultats de la section. Le premier a constaté la récidive; le deuxième nous a demandé des renseignements ultérieurs sur nos opérés.

Cette question de la guérison et de la récidive après l'uréthrotomie mérite de nous arrêter. Quant à ce qui est de ma pratique personnelle, j'ai dit dans mon travail que jamais l'uréthrotomie ne m'avait donné que des résultats temporaires, et qu'il dépendait toujours des malades d'éviter la récidive d'une affection aussi rebelle.

J'ai constaté chez certains de mes opérés que le rétrécissement s'était reproduit. Mais il m'est impossible de dire exactement ce que sont devenus mes 37 malades. Vous savez combien il est difficile de suivre les individus qui ont subi une opération.

L'uréthrotomie, ai-je dit, doit être suivie d'une dilatation lente et prolongée; faute de cette précaution, la récidive a lieu, et dans un temps beaucoup plus rapide qu'après la simple dilatation. J'ai vu des malades qui avaient été uréthrotomisés; chez eux la dilatation n'avait pas été continuée après la section, aussi la récidive avait-elle eu lieu dans l'espace de quelques semaines.

Ma conclusion est celle-ci: il n'existe pas de moyen de guérir radicalement les rétrécissements de l'urèthre. La meilleure méthode de traitement consiste dans la dilatation temporaire; mais comme cette méthode ne permet pas toujours de rendre à l'urèthre ses dimensions et sa souplesse, il faut dans certains cas exceptionnels, mais plus nombreux qu'on ne le croit généralement, faciliter la dilatation au moyen d'une incision intra-uréthrale et limitée aux tissus indurés.

Dans tous les cas, la dilatation doit être prolongée le plus possible; sans quoi on s'exposerait à une récidive, d'autant plus prompte qu'on aurait fait la section du rétrécissement pour en faciliter la dilatation. Dans tous les cas, l'indication est de rendre à l'urèthre ses dimensions et sa souplesse normales.

M. TRELAT. Il serait fâcheux que la Société de chirurgie ne discutât pas à fond cette question si controversée de l'uréthrotomie interne. Déjà, il y a huit ans, cette discussion a été abordée par deux fois dans cette enceinte, et bien qu'elle roulât principalement sur des procédés particuliers, il fut évident que la majorité de nos collègues était peu favorable à la pratique des incisions intra-uréthrales. Cependant cette méthode n'a cessé de faire des adeptes; son emploi s'est généralisé; à tort ou à raison, ce que nous aurons à examiner, elle a été mise en pratique un très-grand nombre de fois. Il serait donc bien temps que la Société s'en occupât, soit pour en démontrer l'inefficacité ou les dangers, soit, au contraire, pour établir nettement ses indications et déterminer ses procédés.

L'opération n'est assurément pas nouvelle; elle remonte à plus de trente ans, directement enfantée par les besoins naissants de la lithotritie; mais elle a passé par de telles vicissitudes, elle a subi de telles variations d'étendue, de lieu d'application et de procédés, qu'on ne saurait méconnaître dans son histoire des périodes successives, quoique parfaitement distinctes. A moins de confondre sous le nom d'uréthrotomie interne toute opération qui consiste à porter sur la muqueuse uréthrale un instrument tranchant, on ne peut ranger dans

la même catégorie les microscopiques scarifications d'Amussat et les énormes incisions de M. Reybard. Or il n'est pas contestable que, bonnes ou mauvaises en pratique, les idées de ce chirurgien aient suscité un mouvement de recherches fort étendu, qui marque la date de la dernière période de l'uréthrotomie.

Que par la suite les chirurgiens, quelques chirurgiens, aient été trop vite ou trop loin ; que la pratique se soit laissée aller à des écarts à peu près inévitables avant d'arriver à une formule convenable, cela n'est pas douteux, et n'a rien qui doive surprendre. Qu'en 1855 Vidal, effrayé par de nombreux revers, ait pu s'écrier : « Point d'uréthrotomie ! » que M. Morel-Lavallée ait écrit en 1857 une conclusion à peu près identique en présence d'une statistique fort sombre ; que les débuts d'un de nos collègues à l'hôpital de la Pitié aient fourni des résultats décourageants, je le conçois ; mais je ne conçois plus qu'on professe aujourd'hui la même répulsion pour une opération qui, bon gré mal gré, a pénétré dans la pratique d'une manière très-large, et a donné des résultats d'autant meilleurs qu'elle était plus étudiée et mieux connue.

Cela devait être. Ou l'uréthrotomie était mauvaise, dangereuse, et alors un jour devait sûrement venir où les chirurgiens les plus audacieux, les plus endurcis aux revers, reculeraient en face d'accidents graves et trop souvent mortels ; ou bien la section uréthrale, innocente par elle-même, utile dans une certaine mesure et dans certains cas, devait peu à peu corriger ses défauts et parer à ses dangers pour ne conserver que ses incontestables avantages. C'est surtout par le perfectionnement des procédés opératoires et des traitements antécédents et consécutifs que ce but a été atteint.

On a renoncé aux larges et profondes incisions ; personne n'a adopté les instruments de M. Reybard, et le lithotome caché du frère Côme a été abandonné par son promoteur. En y regardant avec soin, il est facile de s'assurer que les lames des instruments de M. Civiale, de M. Charrière, de M. Maisonneuve, de M. Sédillot (je cite les plus employés), ont à peu de chose près la même saillie, et doivent faire des incisions peu profondes, 2 à 4 millimètres selon la résistance du rétrécissement. Plusieurs chirurgiens débutent même par de très-petites lames, ayant environ 2 millimètres de saillie, et ne pouvant en conséquence faire que des incisions de 1 millimètre à 1 millimètre et demi. La plus petite olive de M. Civiale, les lames étroites que M. Phillips a bien voulu me montrer, rentrent dans cette catégorie. M. Sédillot a eu l'obligeance de m'écrire à propos de la discussion actuelle une longue lettre que j'utiliserai largement ; il me dit : « J'ai des

uréthrotomes de diverses dimensions, mais je préfère employer ceux d'un petit diamètre, à moins d'indications particulières. »

Les traitements préparatoires et consécutifs n'ont pas moins fixé l'attention, et les chirurgiens tendent à s'accorder aujourd'hui sur la marche à suivre avant et après l'uréthrotomie. La grande majorité n'opère que lorsque la dilatation est impuissante ou mal supportée, et j'avoue ne pas comprendre qu'on s'en passe, ne fût-ce qu'à titre d'exploration, de moyen de diagnostic, et puis aussi pour donner au canal de l'urèthre cette tolérance nécessaire sur laquelle M. Civiale a si justement et si souvent insisté.

Après beaucoup d'hésitation et d'incertitude sur l'emploi de la sonde à demeure immédiatement introduite dans la vessie, tous les chirurgiens, tous ceux au moins dont j'ai pu connaître l'opinion, ont fini par adopter cette manière d'agir. Il y a longtemps que M. Maisonneuve y est venu ; M. Gosselin a récemment reconnu l'utilité de cette pratique, et la lettre déjà citée de M. Sédillot renferme ces mots : « Je les évite (les accès de fièvre) aujourd'hui en plaçant une sonde creuse dans la vessie immédiatement après l'uréthrotomie. »

Le même accord tend à s'établir sur l'utilité de la dilatation consécutive et sur l'époque à laquelle on peut sans danger la reprendre. Soit dit en passant, ce dernier point mérite d'être étudié avec grande attention, car plusieurs autopsies ont montré que la cicatrisation, ou tout au moins l'oblitération des plaies uréthrales, se fait avec plus de lenteur qu'on ne l'avait supposé, et pendant toute cette période le passage d'instruments dilatants plus ou moins volumineux offre toujours un certain danger, et peut devenir secondairement la cause d'accidents redoutables.

Mais jusqu'ici je me suis borné à constater des faits, à signaler la marche lente qui s'opère dans les esprits ; cela ne suffit pas pour convaincre les adversaires de l'uréthrotomie, il faut invoquer d'autres arguments.

On se plaît à mettre en parallèle l'innocuité de la dilatation et la gravité de l'incision uréthrale. Des deux méthodes, disait Vidal (de Cassis) il y a huit ans, il y en a une qui tue et l'autre qui laisse vivre : on choisira. Dans la dernière séance, notre éminent collègue M. Velpeau s'est exprimé dans le même sens : il reconnaît l'efficacité de l'uréthrotomie quand elle ne tue pas ; restriction capitale, qui équivaut presque à un rejet absolu. Enfin l'un des principaux arguments de M. Morel-Lavallée est que, si parfois la dilatation ne fait pas grand bien, en revanche elle ne fait jamais de mal ; que ce n'est pas sa valeur, mais sa bénignité qui la place au premier rang.

A cela, on pourrait répondre que les deux méthodes ne sont pas

rivales, mais complémentaires ; que l'une a précisément pour but de remplir les lacunes de l'autre. Mais cette réponse n'est pas valable, puisque, suivant quelques-uns de nos adversaires, la dilatation peut parfaitement se passer de cet importun concours.

Est-on bien fondé à parler ainsi, et n'est-ce pas vraiment trop de complaisance en faveur de la dilatation ? La thèse de M. Perdrigeon, publiée il y a dix ans, celles plus récentes de MM. Mauvais, de Saint-Germain, et Marx, cette dernière surtout, à laquelle la Société de chirurgie a accordé un accessit du prix Duval, renferment un grand nombre de faits empruntés à la pratique de nos maîtres, de nos collègues à Paris, en province et à l'étranger, où on voit la mort survenir presque toujours rapide, souvent foudroyante, tantôt après un seul cathétérisme, tantôt après de nombreuses séances de dilatation, chez des individus de tout âge et ne présentant aucune mauvaise condition.

Je n'aurais jamais songé à l'uréthrotomie, me disait il y a peu de jours M. Gosselin, si je n'avais vu succomber des malades à la suite de la dilatation.

Il faut se rappeler que les rétrécissements de l'urèthre se compliquent souvent de lésions variées qui siégent presque toujours en arrière et quelquefois en avant d'eux. La muqueuse est ramollie, ulcérée; le plus léger frottement l'irrite, la fait saigner, et ouvre la porte aux accidents divers, mais toujours graves, de la résorption et de l'infiltration urineuse. Selon toute probabilité, dans ces sortes de cas, l'uréthrotomie, qui fait une plaie nette, supprime l'obstacle et permet d'introduire dans la vessie une sonde dérivatrice, est moins dangereuse que les manœuvres lentes et hésitantes de la dilatation.

Ainsi, Messieurs, pour faire un parallèle rigoureux, il ne faut pas dire que la dilatation est toujours bénigne. Sans doute elle ne détermine jamais certains accidents qui tiennent à la méthode des incisions, mais elle partage avec cette dernière l'inconvénient de produire la fièvre uréthrale, et ses accès trop souvent pernicieux. Il s'en faut même que ce partage soit égal, et quand on étudie les causes de mort après l'uréthrotomie, on voit que les accidents initiaux offrent un très-faible contingent, et que la majorité des insuccès doit être attribuée à l'infiltration urineuse plus ou moins tardive et à ses suites.

Mais arrivons à l'étude des résultats. Depuis notre dernière séance, je me suis mis en rapport avec tous les chirurgiens qui pratiquent l'uréthrotomie ; j'ai interrogé les registres de l'Hôtel-Dieu ; M. Gosselin m'a remis le résumé de sa pratique ; j'ai eu des entretiens détaillés avec M. Civiale et M. Phillips ; MM. Sédillot, Guillon et Caudmont ont

bien voulu répondre à mes lettres, et m'exprimer leurs opinions et les faits qui leur servent de base.

Je diviserai les renseignements ainsi obtenus en deux catégories : les uns, émanant de chirurgiens très-répandus dans la clientèle, ne reposent pas sur des chiffres précis, mais s'appuient sur une pratique déjà vieille et sur des nombres d'opérations considérables, quoique indéterminés; les autres, plus restreints, sont parfaitement nets : tant d'opérations, tant de morts.

Commençons par les premiers. M. Civiale m'a dit à peu près ceci : J'ai fait un nombre énorme d'uréthrotomies, il ne se passe pas de semaine que je n'en fasse quatre ou cinq. Comme méthode adjuvante de la dilatation, c'est une opération qui rend de remarquables services dans les cas où elle est indiquée. Quand l'état du malade est simple, sans complications, que l'opération est exécutée convenablement et que le traitement consécutif est méthodiquement conduit, les accidents sont très-rares et ne présentent ni plus de gravité ni plus de fréquence que si on employait toute autre méthode de traitement.

M. Gaillon me répond par l'envoi d'une brochure sur la *Stricturotomie intra-uréthrale*, où il déclare qu'il a incisé des centaines de rétrécissements sans avoir eu à déplorer la perte d'un seul malade à la suite de ces opérations; que ce fait est l'expression de la vérité, et que personne jusqu'ici n'a pu le convaincre d'erreur ou d'exagération.

M. Phillips m'affirme qu'il a pratiqué l'uréthrotomie, au plus bas mot, sur soixante malades, que, par suite de conditions particulières de clientèle, la plupart d'entre eux étaient des jeunes gens, et qu'il n'a pas eu un seul cas de mort, bien qu'ayant eu parfois à combattre des accidents graves, ainsi qu'on peut s'en assurer par la lecture d'une observation publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 23 décembre 1862.

Voici les propres paroles de M. Caudmont : « Je puis dire, en restant certainement au dessous de la vérité, que j'ai pratiqué quatre-vingts fois l'uréthrotomie. Jusqu'ici je n'ai pas eu un seul cas de mort. Une fois, chez un malade soigné avec M. Panas, j'ai observé au huitième jour une hémorrhagie uréthrale se reproduisant pendant trois jours; une autre fois, un abcès voisin de l'urèthre a mis près d'un mois à se fermer. »

Assurément, Messieurs, ces témoignages vagues ne suffisent pas à porter la conviction dans les esprits; mais on ne saurait, à mon sens, en nier complétement la portée. J'accorde qu'il n'y a pas eu là le contrôle d'une publicité constante, que la mémoire des opérateurs a pu facilement oublier des cas fâcheux; mais qui voudra croire que ces chirurgiens continueraient à mettre résolûment en pratique une opération donnant habituellement un mort sur cinq ou dix opérés?

Entre une innocuité sans nuage et cette redoutable mortalité, il y a de la marge.

J'ai hâte d'arriver à des faits plus précis. J'extrais ce qui suit de la lettre de M. Sédillot : « Depuis la publication du docteur Gaujot, je n'ai pas cessé de pratiquer l'uréthrotomie par les mêmes procédés et avec mes instruments, tant à la clinique de la Faculté qu'à l'hôpital militaire et dans ma pratique particulière. J'ai eu souvent trois ou quatre malades opérés à la fois, et c'est vous dire que le nombre total en a été fort grand, mais je ne pourrais le citer, n'en ayant pas tenu un compte exact. Parmi tous mes malades, dont quelques-uns présentaient les complications les plus graves, deux seulement sont morts dans des délais assez courts pour qu'on ait eu à rechercher à l'autopsie si l'uréthrotomie n'aurait pas contribué à cette fatale terminaison.» De ces deux malades, l'un est mentionné dans le mémoire de M. Gaujot ; il avait soixante-huit ans, des rétrécissements multiples, une valvule prostatique et une cystite chronique ; l'autre était un ancien officier, replet, âgé, et d'une constitution très-fatiguée.

Il y a eu un troisième cas de mort, mais M. Sédillot a raison de le mettre à l'écart ; c'est le sujet de l'observation Ire dans le mémoire de M. Gaujot. Le malade mourut six semaines après l'opération avec une hémiplégie causée par deux foyers apoplectiques de la protubérance annulaire, foyers qui, suivant toute probabilité, s'étaient formés bien avant qu'on fît l'uréthrotomie. Il faut donc mettre ce fait de côté.

Combien il est regrettable que M. Sédillot n'ait pas tenu la statistique régulière de ses opérations ! Elles ont dû être nombreuses, en effet, si on en juge par les faits publiés en 1858 et 1860, et elles n'ont donné que deux morts ! Mais pour être rigoureux, il faut se borner à ce qui est connu, c'est-à-dire aux observations relatées dans la *Gazette hebdomadaire* et dans le mémoire de M. Gaujot. Il y a là 22 cas d'uréthrotomie. Je rejette l'observation première de M. Gaujot, pour les motifs que je viens d'indiquer ; restent 21 cas, 1 mort.

D'autre part, le registre d'opérations de l'Hôtel-Dieu pour 1862 et le commencement de 1863, mentionne 38 uréthrotomies, 4 morts.

M. Gosselin, en 1862 et 1863, a fait 10 uréthrotomies, 1 mort.

M. Dolbeau, 36 opérations (non compris une uréthrotomie externe), 1 mort. Moi-même, j'ai opéré 4 malades sans en perdre un seul.

Remarquez, Messieurs, la valeur de ces chiffres ; c'est toute la pratique de M. Gosselin, de M. Dolbeau, la mienne, toute celle de MM. Sédillot et Maisonneuve pendant une période déterminée.

En additionnant ces chiffres, on trouve que sur 109 opérés 7 sont

morts. C'est une mortalité de 6,4 p. 100. Elle est moindre que celle des amputations de doigts.

Comparez ces résultats avec ceux que vous donnent les registres de la Pitié pour la période 1854-1861. Là, vous trouverez 16 morts sur 71 opérés, soit, 22,5 p. 100 (1). Différence considérable, qui montre ce que peuvent l'amélioration des procédés, des soins consécutifs et une plus saine appréciation des indications opératoires. N'étais-je pas fondé à dire en commençant : Je ne conçois plus qu'on professe aujourd'hui la même répulsion qu'autrefois pour l'uréthrotomie?

Mais j'admets que vous trouviez encore trop considérable cette mortalité de 6,4 p. 100, comme je le trouve aussi, doit-on désespérer de la voir baisser encore? Plusieurs motifs donnent à penser que non.

J'ai relevé l'âge des opérés de l'Hôtel-Dieu, et je trouve que l'âge moyen des guéris est infiniment moins élevé que celui des morts. Pour les premiers, 42 ans et demi; pour les seconds, 61 ans. Les malades qui ont dépassé 60 ans donnent plus de morts que de guérisons. On peut faire la même constatation pour les âges des malades de M. Sédillot. Malgré l'exiguïté des chiffres, la différence est si grande qu'on pourrait déjà conclure, sans grande chance d'erreur, l'extrême gravité de l'uréthrotomie passé 60 ans.

Il faudra donc ne la pratiquer dans ces conditions que s'il est absolument impossible de faire autrement, et ce cas se présentera bien rarement.

Si maintenant on descend dans le détail des faits, et qu'on cherche pourquoi et comment les malades sont morts, on voit que quelques-uns d'entre eux présentaient des complications telles que le chirurgien aurait dû renoncer à les opérer, ou bien que si l'indication était inéluctable, il faut décharger l'opération pour porter ces morts au compte de la maladie principale. J'ai déjà cité le malade de M. Sédillot, qui avait des rétrécissements multiples, une valvule prostatique et une cystite chronique. Un malade de M. Maisonneuve avait des tumeurs dans la vessie ; un autre de ceux qui sont morts à l'Hôtel-Dieu se présenta à l'hôpital avec une infiltration et des abcès urineux.

Je ne veux pas dire qu'en dehors des complications l'uréthrotomie ne doive jamais produire d'accidents ; mais il ne ressort pas moins de ces faits qu'en opérant lo plus rarement possible les malades qui

(1) Le relevé donné par M. Tillaux dans sa thèse récente sur l'Uréthrotomie, donne seulement 47 opérations et 13 morts. La différence provient de ce que j'ai tenu compte des années 1854, 1855 et 1856, tandis que le relevé de M. Tillaux part de 1857.

ont dépassé la soixantaine , en n'opérant pas, ou en tenant un compte particulier de ceux qui offrent des complications sérieuses, on fera baisser encore le chiffre de la mortalité , et peut-être descendra-t-il à 2 ou 3 pour 100, point auquel la conscience des chirurgiens les plus timorés pourra être parfaitement en repos.

Je livre ces arguments et ces chiffres à l'appréciation de mes collègues, leur demandant de les corroborer ou de les combattre par d'autres arguments et d'autres chiffres, pour que la lumière se fasse sur cette question de pratique si controversée et si obscure encore.

La discussion n'a point abordé les indications , les procédés et la valeur définitive de l'uréthrotomie , je ne l'y porterai pas ; mais je désire fournir quelques détails sur les quatre opérations que j'ai pratiquées, suivant en cela l'utile exemple donné par M. Dolbeau.

Voici un court résumé de ces observations :

I. *Hôpital Saint-Louis*, salle Sainte-Marthe , n° 20. Homme de cinquante-trois ans, entré le 8 janvier 1863.

Ce malade , qui a eu autrefois plusieurs chaudepisses , a depuis plus de six mois éprouvé des accidents marqués de rétrécissement ; miction difficile, incomplète, et par cela même fréquente. Comme cela arrive souvent , il y avait des améliorations et des recrudescences.

Lorsque je pris le service de M. Voillemier, absent déjà depuis quelques jours, et suppléé pendant ce court intérim par M. Guyon, j'appris que le malade avait eu déjà des accès de fièvre sous l'influence d'une légère augmentation dans le calibre des bougies. Je procédai très-lentement à la dilatation temporaire, en partant d'un millimètre ; bientôt nouvel accès de fièvre uréthrale traité par le sulfate de quinine et ne se reproduisant pas. Dès lors je me détermine à pratiquer l'uréthrotomie, et je reprends la dilatation pendant deux jours pour arriver à introduire facilement l'uréthrotome.

Le 10 février, j'opère, sans éprouver aucune difficulté, avec l'instrument de M. Maisonneuve (lame bilatérale) ; sonde à demeure de 7 millimètres pendant vingt-quatre heures. Accès de fièvre pendant la nuit. (Sulfate de quinine et un bain.) Nul autre accident. Au bout de trois jours, je commence à introduire chaque jour deux bougies Beniqué, en commençant par 6 millimètres, et j'arrive très-facilement à 8 millimètres. Le malade, qui urine librement et n'éprouve aucune souffrance, demande à aller à Vincennes. *Exeat* le 21 février.

II. *Hôpital Saint-Louis*, salle Sainte-Marthe, n° 24. Homme de trente-deux ans, entré le 31 janvier 1863.

Cet homme a longtemps conservé un écoulement uréthral qui, sans

cesser jamais, redevenait par moments plus abondant et plus aigu. Il y a deux ans et demi environ, le jet de l'urine devint plus fin et tortillé. A plusieurs reprises, le malade entra à l'hôpital et fut traité par la dilatation ; il avait encore un écoulement puriforme tachant largement sa chemise à son arrivée à Saint-Louis. Aprés quelques tâtonnements, j'introduis une bougie de près de 2 millimètres, et je continue la dilatation temporaire et progressive ; mais je reconnais que l'orifice du rétrécissement situé à l'angle péno-scrotal, est très-sensible au contact des bougies, et a une situation excentrique. Bien qu'il laisse passer une bougie de 3 millimètres, il faut toujours employer des tâtonnements agaçants pour le malade avant d'y pénétrer. L'exploration à l'aide de la bougie à boule me fait reconnaître que la partie la plus serrée du rétrécissement est son extrémité balanique, qu'en arrière et dans l'espace de 2 centimètres existe une surface inégale qui fait éprouver à l'olive une succession de saccades. Vu l'impuissance des dilatations antérieures, la sensibilité du rétrécissement et sa disposition, je me propose de le diviser. Il eût été meilleur de faire ici la section d'arrière en avant avec un instrument assez gros. J'avais sous la main l'uréthrotome de M. Maisonneuve, je m'en servis. L'introduction de la sonde après l'opération montra, par les secousses de sa marche, que la partie la plus étroite et la plus antérieure du rétrécissement avait seule été incisée. L'opération était évidemment incomplète. Le lendemain matin, grand bain, au sortir duquel le malade a un accès de fièvre bien caractérisé, qui, traité par le sulfate de quinine, ne se reproduit pas. Je laisse sans solution cette question : L'accès de fièvre doit-il être attribué à la fièvre intermittente à laquelle le malade est sujet, ou à l'uréthrotomie ?

Huit jours après, j'avais déjà introduit quelques bougies d'étain ; l'écoulement persistait, mais le malade urinait par un gros jet et n'éprouvait pas de douleurs. Il voulut être envoyé à Vincennes, bien que son traitement fût inachevé.

Six semaines après, le 7 avril, M. Voillemier recevait de nouveau, dans ses salles, ce malade qui ressentait de la douleur en urinant et avait un écoulement uréthral abondant. Gardé en observation pendant un mois, le rétrécissement avait de la tendance à se resserrer. Ce résultat ne m'étonne nullement ; le traitement avait été trop incomplet et trop court pour qu'il en fût autrement.

Les deux faits précédents sont cités dans la thèse de M. Tillaux sur l'*Uréthrotomie*, le premier page 148, le second page 121. Mais ces relations, fort courtes, renferment quelques inexactitudes que j'ai dû rectifier ; il en est une qui mérite une mention spéciale. Chez le second malade, ce n'est pas l'uréthrotomie qui a causé l'é-

coulement puriforme ; celui-ci existait avant l'opération, et a persisté malgré elle, malgré le court traitement effectué, et précisément parce que l'opération et le traitement consécutif étaient insuffisants.

III. *Hôpital Saint Louis*, salle Saint-Louis, nº 34 ; homme de trente-cinq ans, entré le 15 février 1863.

Quand je pris le service de M. Guérin, cet homme était depuis un mois déjà traité par la dilatation ; bien qu'on pût introduire des bougies de 4 à 5 millimètres, le passage des instruments continuait de produire une douleur insolite, et leur séjour ne pouvait être supporté que très-péniblement. Bientôt, et malgré de très-grandes précautions, je dus renoncer au cathétérisme. La douleur était continue, gravative, profonde ; c'était le début d'une prostatite aiguë. Celle-ci s'amenda au commencement d'avril, et je pus explorer avec soin le canal. Je reconnus, à 14 centimètres du méat, la verge étant allongée, un rétrécissement valvulaire, laissant passer une boule de 7 millimètres et lui imprimant pendant les mouvements de va-et-vient un ressaut caractéristique.

Bien que le canal fût relativement large, il y avait là un obstacle évident ; le rétrécissement remontait à dix-huit mois, la dilatation était douloureuse et avait causé des accidents : l'uréthrotomie était indiquée. Je la pratiquai le 16 avril, d'après le procédé et avec l'instrument de M. Civiale.

L'introduction de la sonde présenta de légères difficultés ; son bec butait sur l'angle postérieur de la plaie, qui sans doute était un peu trop courte du côté de la vessie ; une sonde à béquille pénétra sans rencontrer aucun obstacle : nul accident.

Au bout de quelques jours je reprends la dilatation, qui est beaucoup mieux supportée ; mais il y a toujours un peu de sensibilité, et la boule exploratrice fait encore sentir un petit ressaut au niveau du rétrécissement.

Nouvelle section d'arrière en avant le 25 avril.

Le 2 mai, le cathéter nº 50 de la filière Beniqué passe très-aisément et ne cause pas la moindre souffrance.

Le 7, le malade quitte l'hôpital en parfait état. C'est une guérison complète, sinon indéfinie.

IV. M. X..., âgé de quarante ans, habite la province, où il mène une vie sédentaire.

Il y a dix ans, à la suite d'excès de coït, il éprouva de la douleur dans la verge et perdit du sang par le méat. Depuis cinq ans des accidents divers ont attiré son attention : douleurs dans la région des reins, pesanteur dans la vessie, troubles de la miction.

M. X... a été envoyé à Vichy, il y a trois ans, comme atteint de

gravelle. Depuis six mois, les besoins d'uriner sont devenus plus fréquents, ils ne peuvent être satisfaits qu'avec lenteur ; l'urine coule en bavant et par un jet très-fin. Le malade éprouve assez souvent des accès qu'il nomme coliques néphrétiques, mais qui sont de véritables accès de fièvre uréthrale : malaise, sentiment de brisure, frisson, puis bouffées de chaleur plus ou moins prolongées ; il vient me demander s'il doit aller à Contrexéville, et ne consent qu'avec peine à me laisser examiner son urèthre.

Je reconnais un rétrécissement serré au niveau de la courbure du canal, et j'insiste sur la nécessité urgente du traitement.

Le 12 mai, j'essaye sans succès de passer une bougie très-fine ; mais je suis plus heureux le lendemain La bougie a un millimètre, je la laisse à demeure ; elle ne cause pas d'accidents, peu de gêne, l'urine s'écoule facilement entre elle et la paroi du canal.

Au bout de trois jours, je la remplace par une autre plus grosse d'un demi-millimètre ; elle est enlevée au bout de six heures. Je ne puis la réintroduire le lendemain, et je reviens à un millimètre. Au bout d'une demi-heure, je puis replacer la bougie d'un millimètre et demi. Bref, pendant neuf jours, je lutte contre un rétrécissement très-rétractile, ne se laissant dilater faiblement que par la bougie laissée à demeure, sans qu'on puisse même par cette méthode faire des progrès sensibles, car dès qu'on augmente le calibre, l'urine ne s'écoule que très-péniblement, et un malaise prononcé force le malade à enlever la bougie.

Le 21, je tente l'uréthrotomie avec l'instrument de M. Maisonneuve ; la bougie passe bien, mais l'étroitesse du rétrécissement, les contractions et les efforts du malade, m'empêchent d'introduire le conducteur cannelé ; je n'insiste pas davantage et je maintiens la dilatation.

Le 25, une bougie à boule de 2 millimètres traverse la stricture, et me montre que celle-ci est située à 16 centimètres du méat en allongeant la verge, et qu'elle a environ 2 centimètres de longueur.

Le 26, je pratique la section du rétrécissement d'avant en arrière et d'arrière en avant avec un nouvel uréthrotome que j'aurai l'honneur de présenter à la Société. Une sonde de 7 millimètres passe facilement, et est laissée pendant quarante-huit heures dans la vessie.

Le lendemain, accès de fièvre modéré et unique. Pas d'autre accident.

Le 1er juin, je reprends la dilatation consécutive, nº 40 de la filière Beniqué. Aujourd'hui 3 juin, le nº 45 passe aisément (1).

(1) Le 9 juin, la dilatation, qui a marché sans encombre, permet d'in-

Tels sont les cas dans lesquels j'ai cru devoir pratiquer l'uréthrotomie ; dans tous, j'ai obéi à une indication évidente. J'ignore ce que deviendront ces malades et quel sera le bénéfice définitif de l'opération ; mais tous, excepté le second, incomplétement traité, ont obtenu un bénéfice immédiat que la dilatation ne pouvait leur fournir, et les seuls accidents ont été des accès de fièvre sans gravité.

— M. CHASSAIGNAC montre à la Société un malade traité d'un anévrysme traumatique de l'artère fémorale par la compression, et fait remarquer que chez ce malade, que la Société a déjà vu deux fois, la guérison se maintient.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 10 juin 1863.

Présidence de M. DEPAUL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Dolbeau demande un congé. (Envoyé à la commission des congés.)

— M. le docteur X. Delore adresse à la Société un travail intitulé : *De la syndactylie congénitale et de son traitement.* (M. Debout voudra bien en rendre compte dans une des prochaines séances.)

— M. Giraldès offre à la Société, de la part de M. Jonathan Hutchinson, un mémoire clinique *sur les maladies syphilitiques héréditaires de l'œil et de l'oreille.* (Remercîments à l'auteur.)

— M. Azam, membre correspondant, adresse une lettre dans laquelle il donne de nouveaux renseignements, et oppose quelques objections aux opinions qui ont été émises par plusieurs membres, relativement à l'observation qu'il a adressée à la Société dans une des précédentes séances.

---

troduire le nº 48 (8 millimètres), qui me semble être la limite de dilatabilité de ce canal.

Notre collègue est convaincu que son malade était atteint d'une luxation du pied en haut et en arrière, sans fracture du tibia ni du péroné. Il fait observer que deux cas analogues sont relatés dans la thèse de M. Bernoux (1858); que des efforts considérables de réduction avaient été faits par un rebouteur avant que le malade eût réclamé ses soins; que, dans des tentatives nouvelles et vigoureuses, le malade chloroformé, il n'avait pas senti la moindre crépitation ; que le blessé a pu reprendre son travail cinquante à cinquante-cinq jours après l'accident et non six mois après ; que la longueur du tibia est la même à droite et à gauche ; que le talon porte sur le sol pendant la marche ; enfin que dès les premières tentatives de marche, le malade « n'a pas ressenti la douleur si vive, si localisée que ressentent les fracturés, n'eussent-ils qu'une simple fêlure malléolaire. »

PRÉSENTATION DE MALADE.

Résection du genou. — M. VERNEUIL fait voir à la Société un jeune homme de dix-huit ans auquel il a réséqué, il y a neuf mois environ, six centimètres des deux os qui constituent l'articulation du genou. Cette résection a été faite pour une cause traumatique ; une balle de pistolet avait pénétré de haut en bas et de dehors en dedans dans les condyles fémoraux et jusque dans l'épaisseur du tibia. Bien que six centimètres d'os aient été enlevés, le raccourcissement n'est aujourd'hui que de quatre centimètres. Le malade est complétement guéri.

M. Verneuil remettra une observation complète de ce fait important.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Tumeur du maxillaire inférieur constituée par une hypergenèse des éléments dentaires. — M. BROCA. La pièce que je présente à la Société provient d'un jeune enfant de deux ans et neuf mois, qui depuis neuf mois environ était atteint d'une tuméfaction croissante du maxillaire inférieur. J'avais diagnostiqué une tumeur à myéloplaxes ; je fis donc, avec l'assistance de MM. Morpain et Follin, la résection d'une portion du maxillaire en prenant soin de conserver à tout hasard le périoste qui recouvrait l'os sain à la surface. Cette pièce est relative à une affection déjà connue et décrite par plusieurs observateurs ; elle tire son principal intérêt de son âge relatif peu avancé, qui a permis de saisir certains détails intéressants d'évolution, et aussi de montrer les rapports qui existent entre des variétés considérées comme distinctes.

M. Robin vient de publier dans la *Gazette médicale* un mémoire où

il décrit deux formes de ces tumeurs. L'une consiste dans l'hypertrophie des éléments fibreux du bulbe et du périoste dentaire ; l'autre est caractérisée par la formation de petits noyaux calcaires siégeant dans l'épaisseur même du bulbe et indépendants du chapeau de dentine qui doit plus tard le recouvrir ; enfin, dans certains cas, on trouve des productions anormales d'ivoire et d'émail.

Ces diverses dispositions se trouvent réunies sur la pièce que je soumets à votre examen.

On observe une véritable hypergenèse de bulbes dentaires, qui auraient pu avec le temps produire autant de véritables dents qu'il y a de bulbes ; une grosse molaire bien caractérisée siége ici en un point où il ne devrait exister que des petites molaires (1) ; enfin, on remarque sur plusieurs points de la coupe une substance grenue, rugueuse, d'aspect madréporique, et qu'on prendrait facilement pour du tissu osseux. L'examen au microscope prouve que c'est de l'ivoire, et je pense que cette méprise a dû être faite bien souvent. Une tranche mince de ce tissu madréporique m'a permis de reconnaître, au sein d'une gangue amorphe, des noyaux ayant moins d'un centième de millimètre de diamètre ; un peu plus loin des cellules génératrices de l'ivoire, pourvues d'un noyau et serrées les unes près des autres ; puis ces cellules deviennent plus allongées, et on voit distinctement les tubes de l'ivoire. Si on fait une coupe en travers de ces tubes, on aperçoit des éléments qui ressemblent à s'y méprendre à des corpuscules osseux ; ce sont simplement les intervalles rameux qui séparent les tubes de l'ivoire, qui ne sont pas exactement parallèles les uns aux autres. En aucun point de la pièce, je n'ai trouvé d'émail définitivement constitué.

M. FORGET. J'ai écouté avec grand intérêt la communication de M. Broca ; elle vient à l'appui de certaines opinions que j'ai contribué à défendre sur la nature des éléments normaux qui constituent ces tumeurs. M. Broca a parlé de leur âge, considération très-importante qui permet de comprendre les aspects différents qu'elles peuvent présenter suivant la période de leur développement. Aussi, dans le fait de M. Letenneur, que je vous ai communiqué, tous les éléments alvéolo-dentaires ont été retrouvés ; mais quelques-uns avaient acquis un développement excessif par rapport aux autres ; peut-être qu'avec le

(1) Un nouvel examen montre l'existence de huit dents molaires toutes formées, mobiles et couvertes d'émail ; or, comme il existe au plus sept molaires, en comptant les grosses et les petites, cela donne au minimum une dent surnuméraire.

temps la même chose se serait produite chez le jeune enfant opéré par M. Broca.

Le diagnostic de ces tumeurs est difficile ; souvent on commet des erreurs à peu près inévitables. Dans ma pensée, beaucoup de tumeurs désignées sous le nom de tumeurs charnues, d'ostéosarcomes des mâchoires, ne sont autre chose que des hypergenèses et des hypertrophies des organes alvéolo-dentaires plus ou moins altérés.

M. HOUEL. Je demande à adresser deux questions à M. Broca. Quelle était la nature des petits corps solides trouvés dans l'épaisseur des bulbes dentaires? Ceux que nous avons observés et analysés avec M. Robin étaient composés de phosphate de chaux.

Je demande ensuite comment M. Broca concilie les faits de Meckel et d'Authenrieth, où il existait un nombre considérable de dents anormales, avec la présence de cette masse conglomérée de bulbes dentaires ?

M. VERNEUIL. J'ai eu occasion d'observer une pièce où on pouvait reconnaître le mode d'apparition des dents surnuméraires. La tumeur était constituée par une série de kystes qui tous offraient les caractères de sacs alvéolo-dentaires ; ces kystes étaient infiniment plus nombreux que la somme des dents de la première et de la seconde dentition. Il y avait donc là le germe de dents surnuméraires assez nombreuses ; des cas analogues ont été cités ici par M. Trélat, à propos d'une communication de notre collègue M. Legouest.

M. TRÉLAT. La pièce de M. Broca nous montre l'origine, le commencement des tumeurs alvéolo-dentaires ; mais on peut trouver la réponse à la seconde question de M. Houel sur des pièces arrivées au terme de leur développement anormal. On trouve, en effet, des masses auxquelles on a donné le nom de *masses dentaires*, et qui paraissent être le produit de bulbes réunis ou accolés ; ces masses dentaires offrent des dimensions, des tubercules et des racines qui semblent représenter la fusion de quatre ou cinq molaires ; on trouve encore des dents surnuméraires qui se présentent les unes en place sur la ligne alvéolaire, les autres hors de situation et dans un point plus ou moins éloigné de leur siége normal. Si les bulbes dentaires sont fusionnés sur la pièce de M. Broca, on peut présumer qu'on aurait eu par la suite une masse dentaire unique ou plusieurs masses de cette nature.

M. BROCA. M. Houel m'a demandé de quelle nature sont les dépôts calcaires que j'ai indiqués ; ceux-ci sont très-réfringents, et au premier abord auraient pu être pris pour des globules de graisse. Je n'en ai pas fait l'analyse chimique ; mais comme ils offrent la plus

grande analogie avec ceux qui ont été décrits par M. Robin, je regarde comme très-probable qûe la composition est la même dans les deux cas, et qu'on trouverait encore ici du phosphate calcaire.

La seconde question de M. Houel est plus importante : il faut établir si nous avons sous les yeux un seul bulbe dentaire hypertrophié ou bien une réunion de bulbes distincts les uns des autres. Or, M. Robin et moi, nous avons fait séparément l'examen de cette pièce, et nos deux avis concordent parfaitement ; l'un et l'autre nous avons reconnu, ce qu'on peut constater en examinant la préparation, que les bulbes sont mobiles, lisses, circonscrits, indépendants les uns des autres. Ce n'est donc pas une simple hypertrophie, mais une véritable hypergenèse de bulbes dentaires qui auraient pu fournir autant de dents qu'il y a de bulbes.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

L'un des secrétaires annuels, TRÉLAT.

Séance du 17 juin 1863.

Présidence de M. DEPAUL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Discussion sur l'uréthrotomie (suite).

M. MOREL-LAVALLÉE. Je regrette que M. Dolbeau ne soit pas présent, car je veux lui présenter des objections graves sur sa manière de traiter les rétrécissements de l'urèthre, et surtout sur la façon dont il a répondu à celles que je lui avais déjà faites dans une précédente séance.

Dans la note qu'il a fait insérer au procès-verbal, notre collègue semble avoir facilement raison de moi, mais c'est en me prêtant des opinions que je n'ai pas ; ainsi il me fait dire que je me contente de dilater un peu le canal, et que lorsque le malade urine à peu près bien, je le considère comme guéri ; mais je n'ai nullement émis une pareille assertion. Je pousse, au contraire, la dilatation aussi loin et aussi complétement que possible, et ce n'est que dans les cas où, après avoir pendant longtemps continué la dilatation, je vois que je n'obtiens plus rien, que je m'arrête quand bien même le canal n'aurait pas recouvré tout son calibre.

M. Dolbeau avoue, comme M. Reybard l'avait fait avant lui, que

l'uréthrotomie ne met jamais à l'abri de la récidive ; vraiment je ne saurais comprendre alors les avantages d'une pareille méthode, d'autant plus que l'uréthrotomie doit être précédée de la dilatation, afin de donner à l'urèthre un calibre suffisant pour laisser passer les instruments, et qu'il faut encore dilater après la section ; mais en vérité, quand déjà la dilatation commencée a pu agrandir le calibre du rétrécissement, quelles raisons a-t-on de cesser brusquement ce traitement pour le remplacer par un autre ? Pour moi, j'avoue qu'en pareil cas je continue à dilater ; M. Dolbeau, lui, prétend qu'il faut couper, pour aller plus vite sans doute : notre jeune confrère a hâte de guérir son malade ; c'est un bon sentiment qui le guide sans aucun doute, mais voyez à quel prix !

Dans son mémoire il vous a parlé d'un mort, puis il vous a signalé des accidents graves, des hémorrhagies, des abcès multiples, qui sont assez fréquents pour effrayer un chirurgien prudent. Je préfère donc une méthode plus lente et plus sûre.

Voyons maintenant ce que dit M. Trélat à l'appui de l'uréthrotomie. D'abord, il nous parle d'une certaine douleur existant au point encore un peu rétréci et pouvant indiquer le siége du rétrécissement et servir de guide et d'indication pour l'uréthrotomie. Je ne connais pas ce symptôme, qui m'a l'air de faire tout exprès son apparition pour légitimer l'opération. Aussi voyez avec quelle promptitude notre collègue se décide à faire l'uréthrotomie !

Il arrive à l'hôpital Saint-Louis ; il y trouve un malade en voie de guérison par le fait de la dilatation ; il juge de suite que cette méthode a terminé son rôle et fait la section ; pourquoi ?

M. Trélat m'accuse de dire que je ne crois pas aux dangers de la dilatation ; mais je n'ai dit cela nulle part ; j'ai au contraire, dans un travail que j'ai fait sur ce sujet, compté les accidents de la dilatation ; j'ai dit que je connaissais plusieurs cas de mort que l'on doit attribuer à cette méthode, et que toutes les fois que l'on porte dans l'urèthre un corps étranger, on peut produire quelques accidents. Mais j'ai étudié aussi les accidents de l'uréthrotomie, et j'ai vu qu'ils étaient infiniment plus graves et plus fréquents.

Ainsi j'ai rapporté des cas de fièvre pernicieuse tirés de la pratique de Blandin, de MM. Reybard et Civiale. J'ai voulu savoir si ces accès de fièvre avaient lieu à la suite de l'uréthrotomie externe ; j'ai cherché dans les ouvrages de Syme, de Thompson, et je n'en ai trouvé aucun exemple ; mais ces faits sont encore insuffisants.

Vraiment je suis étonné de la façon dont M. Trélat fait la statistique. Il invoque les souvenirs plus ou moins vagues de chaque chirurgien, s'enquiert du nombre approximatif de leurs faits, puis, réunissant ces

nombres approximatifs, il vient nous dire qu'il y a 6 ou 7 morts sur 100 par l'uréthrotomie. Mais ces chiffres n'ont rien de sérieux ; et d'ailleurs, j'admets qu'ils soient exacts, ne serait-ce donc rien qu'une semblable mortalité pour une opération qu'on peut se dispenser de faire, quand vous avez la dilatation pour la remplacer? Pour moi, je ne connais que quelques cas de mort par la dilatation ; il y a sans doute plus souvent des accès de fièvre intermittente ; mais cet accident est commun à toutes les méthodes. Enfin, ce qui me fortifie encore dans mon opinion, c'est qu'à la suite de l'uréthrotomie vous avez des récidives ; et vous avez entendu M. Voillemier vous citer le cas dans lequel il avait trouvé 5 ou 6 rétrécissements produits par l'uréthrotomie. Ainsi la dilatation doit rester la méthode générale de traitement des rétrécissements de l'urèthre.

M. VOILLEMIER. Comme mon collègue M. Morel-Lavallée, j'ai à me plaindre du sens que M. Dolbeau a donné à mes paroles. Il me fait dire que les statistiques n'ont aucune signification, mais je n'ai jamais dit cela. J'ai dit que les statistiques faites avec des chiffres bruts, sans détails, ne pouvaient servir à rien ; mais les statistiques bien faites, avec des observations complètes, sont, au contraire, fort utiles. Prenez, par exemple, l'uréthrotomie, et voyez où conduit le manque de détails : les uns appellent uréthrotomie les plus petites écorchures faites au canal, d'autres réservent ce nom aux incisions profondes. Eh bien, vous additionnez tous ces faits ensemble sans distinction ; M. Dolbeau nous a signalé 1 mort sur ses 37 cas ; or, il y a eu un malade qui a été opéré par l'uréthrotomie externe, et on ne sait même pas si c'est celui-là qui est mort ; c'est dans ce sens que j'ai pu dire que le mémoire de M. Dolbeau ne pouvait pas éclairer la question, car sa statistique ne peut qu'augmenter notre embarras.

M. PERRIN lit un travail sur l'uréthrotomie.

M. REYBARD. Les débats engagés dans la Société de chirurgie au sujet du mémoire de M. Dolbeau sur le traitement des rétrécissements, ne mettant pas à proprement parler l'uréthrotomie en cause, je me bornerai à vous présenter quelques réflexions écrites au sujet de la discussion qui roule néanmoins sur cette méthode de traitement, en vous priant de les insérer dans le procès-verbal.

Je vois bien que dans cette discussion on instruit un procès, mais je ne sais pas contre quoi. Est-ce contre l'uréthrotomie? est ce contre la dilatation? C'est un procédé mixte qui est mis en cause. Ce n'est ni l'uréthrotomie ni la dilatation ; ce sont les deux méthodes à la fois, et au lieu d'un coupable, il y en a deux. A-t-on employé l'uréthrotomie seule, et par conséquent connaît-on bien ce qui lui est

imputable? Je ne sache pas qu'on ait employé cette méthode à l'état de pureté et qu'on se soit placé dans les conditions voulues pour avoir le droit de la condamner ou de l'absoudre. Ce qu'on a le droit de juger, ce sont les dilatations répétées et progressives faites dans un canal incisé. Ce jugement n'est pas favorable, je n'en suis pas surpris, car, pour ma part, le premier, j'ai beaucoup insisté il y a longtemps déjà sur les dangers de cette méthode mixte. Il est donc urgent de se mettre en garde contre une pareille confusion et de laisser à chaque procédé ce qui lui appartient. L'uréthrotomie reste pour moi non pas une méthode auxiliaire, mais au contraire le seul traitement applicable aux rétrécissements.

Ceux-ci présentent beaucoup de variétés dans leur manière d'être, mais on peut néanmoins, eu égard à leur siége anatomique, les diviser en deux grandes classes. Les uns, où le tissu spongieux est envahi, occupant toute l'épaisseur des parois uréthrales, ne peuvent être divisés que par les incisions qui comprennent le canal dans toute son épaisseur. Et comment serait-il possible d'en faire la section d'une autre manière? et quel est le procédé de dilatation qui pourrait en faire justice? Les autres, qui affectent seulement le tissu muqueux et sous-muqueux, et qui sont de beaucoup les plus fréquents, sont justiciables d'un nouveau procédé d'uréthrotomie que j'appellerai uréthrotomie superficielle. Par ce procédé, je ne restitue au canal qu'une partie, la moitié par exemple, de ses dimensions normales : néanmoins, je considère ce résultat comme une guérison radicale, parce que l'élargissement ainsi obtenu est durable, permanent, c'est-à-dire qu'il se maintient sans que postérieurement on soit obligé d'avoir recours aux sondes pour prévenir le resserrement du canal.

Je me plains avec raison, je le démontrerai, et je suis très-peiné de la manière qu'on a condamné ma méthode d'uréthrotomie par les grandes incisions. C'est bien, à la vérité, une opération d'une certaine importance, mais sa gravité, si gravité il y a, est loin d'être proportionnée à la gravité du mal lui-même, dans la grande majorité des cas. D'autre part, elle est rationnelle et basée sur des faits cliniques rigoureusement démontrés, sur des expériences sur les animaux atteints de rétrécissements, sur le raisonnement, et enfin sur des connaissances d'anatomie pathologique. Aurais-je pu m'y prendre autrement pour édifier ma méthode de traitement?

D'abord, je déclare qu'on a eu tort de la condamner avant d'avoir trouvé un mode de traitement capable de la remplacer pour les cas graves de rétrécissement dont elle seule peut faire justice.

En second lieu, je dis qu'on l'a jugée légèrement et sans la con-

naître, parce qu'elle a été condamnée dès son apparition, et alors encore que personne autre que moi ne l'avait employée. N'ont le droit de juger une méthode et de la condamner que les chirurgiens qui l'ont plusieurs fois employée : eux seuls peuvent l'apprécier. Eh bien, aucun chirurgien, à ma connaissance, ne l'a encore mise en cause. Quelques-uns de ses plus grands détracteurs sont même des chirurgiens qui ne l'ont jamais pratiquée, et qui, non contents de mettre sur son compte les accidents et les revers de tous les procédés d'uréthrotomie, ont encore osé avancer, pour la perdre plus sûrement, qu'elle avait donné la mort à des malades qu'elle avait guéris et qui se portent bien.

Un plus grand nombre interprétant mal, tronquant et dénaturant mes observations, ont présenté ma méthode comme l'opération la plus grave et la plus dangereuse, parce que, ayant appelé hémorrhagie tout écoulement de sang, si petit qu'il fût, ils ont dit que cet accident était la règle. D'autres ont attribué à l'uréthrotomie les accès de fièvre que j'attribuais au cathétérisme, etc.

Tout semble avoir conspiré contre cette méthode, jusqu'aux instruments d'uréthrotomie, qui, la plupart du temps, je puis le dire, ont été mal confectionnés et faits de manière qu'il devient impossible de sectionner régulièrement et complétement le rétrécissement et les parois uréthrales, malgré la longueur de leur lame.

J'aurai plus ou moins prochainement l'honneur de vous entretenir de ma méthode abandonnée et je puis dire calomniée. En attendant, je prie mes honorables collègues de faire bon accueil à mon nouveau procédé d'uréthrotomie ; je leur saurai gré de ne le juger qu'après l'avoir mis en pratique un nombre de fois suffisant pour leur permettre de bien l'apprécier. Toutefois, je me mets à leur disposition pour répondre à toutes les objections qu'il leur plaira de me faire sur le mode de traitement.

M. REYBARD décrit ensuite un nouveau procédé d'uréthrotomie qui convient aux rétrécissements superficiels. Dans ce procédé, on incise superficiellement le rétrécissement, puis on introduit une sonde volumineuse qui écarte les bords de la plaie, et, en faisant la dilatation forcée, produit une déchirure longitudinale de la muqueuse dont les bords se décollent. Il en résulte qu'il se fait une plaie large qui met le corps spongieux à nu sans l'intéresser. Avec ce procédé le traitement consécutif est inutile. M. Reybard montre une pièce sur laquelle on voit ces résultats.

Nouvelle note sur les luxations de la clavicule. — M. MOREL-LAVALLÉE. — Je vous apporte deux nouveaux faits, intéressants tous

deux : l'un par son extrême rareté et par le jour qu'il jette sur la limite initiale du déplacement, je dirais son premier degré, si l'on pouvait appliquer cette expression à une luxation toujours nécessairement complète ; — l'autre par la facilité de la réduction et de la contention à l'aide de procédés très-simples. Il s'agit dans le premier fait d'une luxation sous-acromiale de la clavicule, et dans le second, d'une luxation pré-sternale.

Luxation sous-acromiale de la clavicule. — Je recueillais, il n'y a pas longtemps, le quatrième cas d'une luxation qui jusque-là ne s'était pas encore rencontrée à Paris (1). A peine vous l'avais-je soumis, que les hasards, les caprices de l'observation m'en présentaient un second ; c'est le cinquième.

Le voici :

Le 11 avril 1863, est entré dans mon service, à l'hôpital Beaujon, n° 69, Michel B..., âgé de soixante-deux ans, marchand de marée, rue Bourdinard, 68, à Colombes. Complexion grêle ; pas d'antécédents relatifs à la lésion articulaire.

Le 10 avril, la veille de son entrée, B... se heurte le pied contre un caillou, contre un mur. Suivant lui, la partie supérieure du bras, et non l'épaule, aurait porté contre ce mur ; mais c'est là une distinction difficile pour un blessé.

L'épaule est fortement inclinée, moins cependant, beaucoup moins que dans mon premier cas ; le bras est pendant le long du corps, et l'avant-bras fléchi presque à angle droit.

Les mouvements actifs sont à peu près nuls ; nous n'insistons pas sur ce point, à cause d'une fracture du col chirurgical de l'humérus. Nous allons d'ailleurs négliger cette fracture pour mieux suivre la luxation.

Les creux sus et sous-claviculaires, très-marqués du côté sain, sont non-seulement effacés, mais encore remplacés par une tuméfaction notable, à travers laquelle on est obligé de chercher du doigt la clavicule. Cet os fait à son extrémité interne une saillie exagérée en haut et en avant, et va de là en s'abaissant jusqu'à l'acromion, au-dessous duquel s'engage son extrémité externe, immédiatement en arrière de la facette articulaire de l'acromion. Cette apophyse fait au sommet de l'épaule, malgré le gonflement, une saillie bien appréciable au-dessus de l'extrémité claviculaire. Par une anomalie réelle, la facette acromiale est comme pédiculée, et cette disposition aurait pu en imposer

(1) Voyez *Bulletin de la Société de chirurgie*, 2e série, t. IV, p. 50.

pour un fragment externe de la clavicule, sans la fixité de ce pédicule et sans sa coexistence du côté sain. Ajoutons par anticipation qu'après la réduction, la clavicule luxée avait exactement la même longueur que l'autre.

L'épaule paraît manifestement raccourcie, et cependant, en mesurant comparativement la distance de l'angle externe de l'acromion au milieu de la fourchette sternale, on ne trouve pas de différence sensible entre les deux côtés ; ce qui vient sans nul doute de ce que sur la clavicule luxée le gonflement force le ruban à s'infléchir, et allonge le chemin en remplaçant une ligne droite par une ligne courbe. L'extrémité de la clavicule s'engage dans une petite étendue sous l'acromion ; mais elle n'y est pas moins tellement enclavée, qu'il est impossible de lui imprimer le plus léger mouvement. Il est vrai que dans son abaissement elle n'offre aux doigts pour la soulever que juste assez de prise pour montrer qu'elle est inébranlable, surtout en ce sens. Peut-être se laisse-t-elle un peu déprimer.

Avec un déplacement aussi limité, l'extrémité de la clavicule était loin de pouvoir déborder le bord externe de l'acromion. Pour donner naissance à ce symptôme, il eût fallu ici un chevauchement énorme des deux os l'un sur l'autre ; car, outre le gonflement de l'épaule produit à la fois par la luxation claviculaire et par la fracture humérale, l'acromion avait 5 centimètres de large.

On ne prend pas la mesure comparative des deux bras, à cause de la fracture de l'humérus du côté luxé.

La saillie, la position de l'angle inférieur du scapulum, n'est pas sensiblement modifiée.

Je procède à la réduction. D'abord un aide exerce sur le bras des tractions en dehors ; mais tous ses efforts restent sans aucun résultat ; rien n'a bougé.

Alors le plein d'une alèze pliée en cravate est placé sous l'aisselle du côté malade, et les deux chefs ramenés obliquement, l'un en avant, l'autre en arrière de la poitrine, sont fixés à une colonne de la tête du lit. Le plein d'une serviette pliée en cravate est noué sur le poignet, et les chefs confiés à deux aides. Le malade chloroformé, des tractions modérées dégagent la clavicule, qui a parfaitement repris sa place, sauf un vide de quelques millimètres qu'elle laisse à la partie antérieure de la facette de l'acromion. En haut, elle dépasse d'un demi-centimètre la face supérieure de cette apophyse : le déplacement en bas s'est réduit complétement, et le déplacement secondaire en arrière un peu incomplétement. La clavicule est mesurée, et présente la même longueur que celle du côté sain.

Un bandage de corps élastique, en serrant l'omoplate contre la poitrine, maintient ainsi l'acromion sous la clavicule. Afin de neutraliser la tendance au déplacement en arrière, un coussin est placé sous le milieu du dos, de façon que l'épaule, portant à faux, retombe en arrière par son propre poids. Le bras se trouve assujetti contre le tronc par le bandage de corps, et l'avant-bras est soutenu par une écharpe.

Tout va bien, et dans le cours du traitement je remarque, non sans quelque surprise, que le déplacement en arrière se corrige de plus en plus.

Le 25, un bandage dextriné est appliqué sur le membre par la fracture.

Le cinquante-huitième jour l'appareil est levé, et le déplacement en arrière complétement effacé; mais le déplacement en haut, qui sous l'appareil semblait si bien réduit, se remontre un peu une fois que le membre est abandonné à lui-même. C'est l'acromion qui forme une petite saillie sur la clavicule, mais si petite qu'il faut y regarder de très-près pour l'apercevoir; la clavicule ne s'en appuie pas moins largement contre le bord interne de l'acromion pour jouer son rôle d'arc-boutant. Ce n'est donc ni une difformité ni une infirmité; c'est un simple vestige qui ne semble rester là que pour rappeler le sens du déplacement. Je n'ai jamais vu de luxation de l'extrémité externe de la clavicule laisser aussi peu de trace, aussi parfaitement guérie. Vous pouvez en juger sur le malade, que j'ai voulu vous présenter.

Le diagnostic était facile; cependant la luxation avait échappé à l'interne de la salle à cause d'un examen insuffisant. Le blessé ne souffrant et ne se plaignant que du haut du bras, la fracture du col chirurgical de l'humérus avait seule attiré l'attention.

Outre que ce nouveau fait établit une variété fondée sur la petite profondeur à laquelle la clavicule peut se luxer sous l'acromion, fondée, en un mot, sur la faible étendue du déplacement principal, il montre une fois de plus la coexistence du déplacement secondaire en *arrière*, comme je l'avais prévu d'après les dispositions anatomiques.

Luxation de l'extrémité interne de la clavicule en avant. — Je ne donnerai que la substance de cette observation.

Le 5 mai 1863 est entré dans mon service, à l'hôpital Beaujon, n° 31, Jean M..., charretier, rue du Petit-Parc, 31. Complexion ordinaire.

Sa voiture lui est passée sur la poitrine, obliquement de bas en haut et de gauche à droite, en pesant principalement sur l'épaule

gauche. La clavicule, dont l'extrémité externe était violemment refoulée en *arrière*, s'est luxée en *avant* à son extrémité interne.

La déformation est très-marquée; l'épaule est abaissée, la tête inclinée, le sterno-mastoïdien refoulé en avant et en bas, le creux sus-claviculaire élargi d'arrière en avant, le creux sous-claviculaire effacé et même remplacé par une légère tuméfaction. La tête de la clavicule forme tumeur au-devant du sternum, dont elle atteint la ligne médiane; elle est au-dessous de la fossette qu'elle a quittée, et dont l'œil et le doigt constatent la vacuité. Cet abaissement est d'environ un demi-centimètre, abaissement qui se traduit par une élévation exagérée de l'extrémité opposée de l'os sur l'acromion.

On retrouve donc ici, avec le déplacement principal en avant, les déplacements secondaires en dedans et en bas. Je n'ai jamais vu manquer ce dernier, qui n'avait pas été signalé avant mes recherches (1).

Voici ce qui m'a surtout frappé dans ce cas : pour la réduction, deux aides tiraient sur le bras en dehors et en arrière, pendant que je refoulais la tête de la clavicule avec les deux pouces; je me suis aperçu que les efforts des aides me gênaient plutôt qu'ils ne me servaient; je les ai fait cesser, et seul, j'ai à l'instant repoussé, toujours avec les pouces, l'extrémité claviculaire à sa place. A mon avis, ce procédé de refoulement sera un auxiliaire puissant quand il ne suffira pas seul.

L'épaule ramenée en avant, la luxation ne montrait plus de tendance à se reproduire. Nous avons maintenu cette position par un 8 de chiffre élastique, dont les croisés se faisaient en avant sur l'articulation luxée. Un tampon de linge placé sous ces croisés pressait sur la tête de la clavicule et concourait à l'assujettir. Ce bandage si simple a suffi pour assurer une guérison qui serait parfaite si l'on ne découvrait pas un peu de saillie de l'extrémité claviculaire en avant et en dedans, ce qu'on éviterait même certainement avec un peu plus de soin dans la surveillance du bandage.

Nouvel uréthrotome. — M. TRELAT. J'ai l'honneur de présenter à la Société l'instrument dont je me suis servi sur le dernier des quatre malades dont j'ai parlé dans notre avant-dernière séance. Il a été fabriqué sur mes indications par M. Lüer.

Sa longueur totale est de 36 centimètres. Il se compose essentiellement d'une tige qui fait mouvoir la lame, d'une partie qui sert de manche et d'une gaîne graduée, large de 5 millimètres, épaisse de

(1) *Essai sur les luxations de la clavicule*. In-8°.

3 millimètres, et brusquement évidée sur l'un de ses côtés, à 17 centimètres de son origine. Cet évidement transforme la gaîne en un stylet cannelé épais de moins de 2 millimètres, et terminé par un bouton olivaire, ou, si l'on veut, par une bougie conductrice. Ce stylet, qui doit être entièrement engagé dans le rétrécissement, a une longueur de 5 centimètres.

Au repos de l'instrument, la lame est complétement cachée dans la gaîne. Quand on pousse la tige, la lame, longue de 35 millimètres, haute de 2 millimètres, parcourt le stylet cannelé d'avant en arrière, et vient buter contre la terminaison de la cannelure. Le chirurgien est averti de cette situation par la chute d'un ressort dans un petit cran de la tige. A ce moment, comme la lame est moins longue que le stylet cannelé, un petit espace de 1 centimètre figure une excavation limitée en bas par le stylet, en arrière par la gaîne, en avant par le talon de la lame; c'est là que siége le tissu de la coarctation déjà incisée d'avant en arrière.

La lame est brisée par une articulation vers la jonction de son tiers antérieur avec ses deux tiers postérieurs. En continuant à pousser la tige, on détermine la coudure de l'articulation, et un second cran de la tige donne uno lame de 4 millimètres de hauteur; un troisième cran indique 6 millimètres de saillie de la lame.

Dans ces dernières positions, l'extrémité postérieure de la lame qui est destinée à couper d'arrière en avant, affecte une direction très-oblique, éminemment favorable à la régularité et à la facilité de la section.

Dès que la section ou les sections sont opérées, il suffit de presser un bouton situé sur la portion qui sert de manche pour que la lame rentre immédiatement dans la gaîne.

Je me suis arrêté à une hauteur maximum de lame de 6 millimètres, parce que cette dimension m'a paru largement suffisante dans la majorité des cas; mais il est clair qu'en ajoutant un nouveau cran à la tige motrice on pourrait aller à 8 et à 10 millimètres.

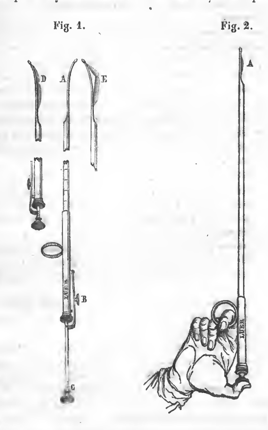
L'instrument est droit; mais le stylet cannelé est assez flexible pour qu'on puisse le courber avec les doigts, comme on courbe un stylet de trousse. Cetto courbure n'entrave en rien la marche de la lame. J'en ai fait l'expérience nombre de fois, et c'est ainsi que j'ai opéré mon dernier malade, dont le rétrécissement siégeait à la courbure de l'urèthre.

Pour faire agir cet uréthrotome, il faut engager le stylet cannelé dans le rétrécissement; avec MM. Ricord et Civiale, je pense qu'il vaut mieux se passer, pour ce temps de l'opération, de la bougie conductrice, et s'en rapporter aux sensations très-précises que donne

une tige mousse, mais rigide ; néanmoins, si on croit mieux réussir avec la bougie vissée au bout du stylet, rien n'est plus aisé que de s'en servir.

Dès que le stylet a franchi le rétrécissement, le brusque ressaut de

Fig. 1. Fig. 2.



la gaîne vient buter sur l'extrémité antérieure de celui-ci ; et on constate sur l'échelle graduée que la distance du bout de la gaîne au méat est bien celle qui a été précédemment reconnue pour le rétrécissement. Dès lors, et sans aucune crainte d'erreur, l'instrument est en place et est maintenu immobile.

En poussant la tige motrice jusqu'au premier cran, le rétrécissement est incisé d'avant en arrière sur une hauteur de 2 millimètres.

On peut borner là l'opération ; si, au contraire, on veut augmenter l'incision, on pousse la tige au second ou au troisième cran ; la lame acquiert 4 ou 6 millimètres de saillie, et en tirant à soi l'instrument, on incise d'arrière en avant comme avec tout uréthrotome fonctionnant de cette façon. Aussitôt l'incision achevée, ce qu'on sent parfaitement au défaut de résistance, ou presse sur le bouton du manche, la lame rentre dans la gaîne, et on retire l'instrument désarmé.

Cet uréthrotome me paraît présenter les avantages suivants :

Le volume du stylet cannelé est le même que celui des uréthrotomes les plus fins ; il passera donc partout où ceux-ci passeront.

L'extrémité de la gaîne permet de reconnaître sûrement le siége du rétrécissement.

La lame n'est en contact avec l'urèthre que sur les points où elle doit agir.

Qu'elle coupe d'avant en arrière ou d'arrière en avant, elle est très-inclinée et ne peut refouler la muqueuse au lieu de la couper.

Elle n'offre jamais de pointe saillante et libre, disposition favorable à la sécurité et à la solidité.

Dès que l'instrument est en place, il n'y a plus à lui faire exécuter aucun mouvement de totalité pour transformer la section antérograde en section rétrograde.

Enfin, une seule tige, agissant toujours dans le même sens, porte la lame dans ses différentes positions.

Plusieurs instruments réalisent quelques-unes de ces conditions, aucun ne les réunit toutes.

La nouveauté de cet uréthrotome ne consiste ni dans la forme de la gaîne ni dans la brisure de la lame. J'ai lu la description d'un instrument de M. Thompson dont la gaîne a la même forme que celle-ci, et j'ai trouvé chez M. Lüer le modèle figuré ci-contre.

M. Voillemier et M. Félix Bron ont fait construire des uréthrotomes à lame brisée. Ce qui fait le caractère particulier de cet instrument, ce sont les rapports, les dimensions relatives de ses différentes parties, et par-dessus tout la simplicité de sa manœuvre. La comparaison avec d'autres instruments à plusieurs tiges ou à une seule tige mobile dans plusieurs sens, fera aisément apprécier ce que cette simplicité donne de précision et de sécurité.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. Foucher.

Séance du 24 juin 1863.

Présidence de M. Depaul.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

— M. Salmon, membre correspondant, fait hommage à la Société d'un exemplaire de sa thèse : *Sur la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.* (Remercîments à M. Salmon).

— M. Trélat demande un congé. (Accordé).

Immobilité presque complète avec resserrement des mâchoires chez une jeune fille de neuf ans, suite d'un noma ; guérison datant de cinq ans, par l'autoplastie ; deux opérations successives. — M. Michel (de Strasbourg). Comme correspondant national, je viens de recevoir le premier fascicule du *Bulletin de la Société de chirurgie* (année 1863). Une des parties les plus intéressantes de ce recueil est celle consacrée à l'immobilité avec resserrement des mâchoires. Dans les trois séances successives des 4, 11 et 18 février dernier, la Société s'est occupée de ce sujet. Quatre membres, MM. les docteurs Boinet, Deguise, Bauchet et Marjolin, ont communiqué des insuccès à la suite de l'emploi du procédé d'Esmarck. La discussion provoquée par ces tentatives infructueuses témoigne d'une certaine défaveur pour ce nouveau mode opératoire, auquel les débuts étrangers à la chirurgie française semblaient promettre un plus brillant avenir.

Toutefois, MM. les docteurs Deguise et Verneuil ont cru devoir faire quelques réserves, en se basant sur des détails opératoires dont l'avenir montrera les avantages ou l'inutilité, et en ajoutant que les procédés anciens n'ont pas donné de succès. D'après eux, la section ou l'excision des brides et l'autoplastie n'auraient jamais réussi, car depuis quatre ans que la discussion est ouverte par-devant la Société de chirurgie, aucun chirurgien n'aurait montré un sujet radicalement guéri.

L'observation suivante comblera cette lacune.

Le 15 octobre 1858, on amena à ma consultation une jeune fille âgée de dix ans. Elle avait été atteinte à l'âge de quatre ans d'une gangrène spontanée de la bouche (noma) qui lui détruisit en quelques jours non-seulement la totalité des deux lèvres et une partie des

joues, mais même une portion de l'épaisseur de la surface mentonnière de l'os maxillaire inférieur.

Au moment de notre examen, la bouche est remplacée par une ouverture irrégulière, bordée de tissu cicatriciel très-étendu sur la mâchoire inférieure, depuis les petites dents molaires de chaque côté jusqu'au menton. La lèvre inférieure manque totalement : la lèvre supérieure, fortement échancrée sur son milieu, n'offre plus que deux lambeaux irréguliers réunis par des brides cicatricielles étendues aux ailes du nez.

Les dents incisives canines à découvert sont irrégulièrement plantées et forment une des difformités les plus repoussantes. La salive coule continuellement en dehors. L'enfant peut à peine écarter les mâchoires pour y introduire l'extrémité d'une petite cuiller à café ou l'extrémité de son petit doigt. La mastication est impossible; aussi, pour s'alimenter, elle est obligée de s'introduire dans la bouche pendant toute la journée de la bouillie ou de la panade avec le bout de son petit doigt, et encore la plus grande partie de ces aliments s'écoule au dehors.

Cette petite fille a une difformité si hideuse qu'elle est non-seulement un objet de dégoût pour ceux qui l'entourent, mais même de terreur pour ses petites camarades. Sa santé générale est bonne; elle est maigre, par suite de l'insuffisance de son alimentation.

Je résolus donc :

1° De reconstituer la lèvre inférieure, afin de s'opposer à l'écoulement de la salive et des aliments.

2° De détruire ensuite la coarctation buccale, pour rendre possible l'entrée des aliments et la mastication.

Ce double résultat fut obtenu par deux opérations successives, faites à une année de distance.

Première opération faite le 15 octobre 1858. — Après avoir chloroformé l'enfant, je fis deux incisions verticales parallèles, partant des extrémités droite et gauche de l'ouverture buccale et se dirigeant du côté du cou, dans une longueur de 3 centimètres : toutes deux longeaient dans les tissus sains les bords du tissu cicatriciel qui recouvrait la région mentonnière.

Deux incisions semblables aux premières furent pratiquées à 2 centimètres en dehors de celles-ci, et chacune d'elles fut rejointe deux à deux par une incision horizontale menée à leur extrémité inférieure. Il en résulta deux lambeaux latéraux, que l'on disséqua aussi épais que possible jusqu'à leur base située près de la bouche.

Pendant cette dissection, je coupai les brides qui gênaient l'ouverture de la buccale. Les deux lambeaux disséqués furent ramenés sur

la ligne médiane jusqu'à la hauteur de l'extrémité supérieure des dents et réunis entre eux par trois points de suture entrecoupée ; la partie du tissu cicatriciel de la région mentonnière, qui touchait le bord inférieur des lambeaux ainsi placés, fut seule avivée, afin d'établir un moyen d'union entre elle et la face disséquée des lambeaux.

Au bout de trente-cinq jours, les plaies produites par l'autoplastie étaient guéries et les lambeaux fixés sur le point indiqué. La bouche s'ouvrait un peu plus facilement, mais l'alimentation n'était point facile ; la malade mâchait incomplétement et la salive coulait encore en dehors.

Toutefois, j'avais obtenu le premier résultat que je m'étais proposé, d'avoir sur toute la surface cicatricielle du maxillaire inférieur un tégument normal, avec lequel il me serait possible :

1° De reconstruire la lèvre inférieure en ménageant entre elle et le rebord alvéolaire une rigole destinée à prévenir l'écoulement de la salive ;

2° De subvenir définitivement à l'écartement des deux mâchoires et de guérir l'atrésie buccale.

Voici comment j'ai obtenu ce double résultat, en faisant subir une nouvelle opération à cette enfant, une année seulement après la première.

Le 10 septembre 1859, après avoir chloroformé la patiente dans un premier temps opératoire, je détachai de nouveau les deux lambeaux, conservant entre eux sur la ligne médiane un pont de leur propre substance de 0,02 d'étendue transversale ; après les avoir passés sur sur la partie médiane conservée et les avoir élevés au niveau du bord libre des dents, je les réunis entre eux avec trois points de suture métallique. Un léger avivement sur la ligne médiane correspondant aux bords inférieurs des lambeaux, a suffi à les fixer sur ce point.

En agissant ainsi, j'avais pour but d'isoler la lèvre inférieure du maxillaire et de la maintenir dans cette position, en interposant entre la surface saignante des lambeaux et l'os une portion de peau intacte.

Dans un deuxième temps opératoire, je fendis, suivant une ligne horizontale, les deux extrémités de l'orifice buccal, prolongeant ainsi en arrière à droite et à gauche le bord supérieur de mes deux lambeaux anaplastiques. Je profitai de cette incision pour disséquer tout ce que je pus de la muqueuse buccale, afin de la ramener d'arrière en avant aussi loin que possible pour terminer l'angle de la bouche et recouvrir le bord libre de la nouvelle lèvre inférieure. La muqueuse fut fixée à l'aide d'une suture à surjet.

Par cette incision, je détruisis toutes les brides cicatricielles qui

s'opposaient encore à l'écartement de la bouche, et, par l'autoplastie faite avec la muqueuse, j'essayai de poser une barrière aux nouvelles adhérences qu'auraient pu contracter les dernières brides coupées.

Sans entrer dans les détails que comporteraient les suites de cette dernière opération, disons qu'au bout de vingt jours tout était cicatrisé. Les résultats obtenus au moment de l'opération s'étaient maintenus, et aujourd'hui même encore, la malade jouit de tous les bénéfices qu'on pouvait en espérer. En effet, elle retient sa salive, l'ouverture de la bouche a repris ses dimensions normales, la mastication se fait bien.

Bien que les lèvres soient séparées dans presque toute leur étendue du maxillaire, il reste au milieu un point où la cicatrice s'est sensiblement abaissée. Je n'ai pas pu faire glisser jusque-là la muqueuse buccale.

Le dessin que je joins à cette observation indique cet abaissement. Les deux incisives médianes sont complétement découvertes ; les deux latérales ne le sont qu'en partie ; les canines et les premières petites molaires, visibles avant l'opération, sont complétement recouvertes ; les dents irrégulières et mal venues sont droites aujourd'hui et se correspondent assez bien. Ajoutons que l'enfant se trouve très-heureuse aujourd'hui des avantages que l'opération lui a procurés, satisfaction qu'elle exprime en répétant ces mots : *Qu'elle peut manger comme tout le monde.*

Il serait possible sans doute, à l'aide d'une nouvelle opération, de remédier à l'abaissement médian de la lèvre inférieure. Je n'ai pas encore touché à la lèvre supérieure.

Cette observation prouve, en raison même de la durée du succès, que l'on peut remédier, par les procédés autoplastiques, à l'immobilité des mâchoires, suite de brides cicatricielles.

Notre opération, sans offrir de nouveauté, comprend la réunion de certains procédés autoplastiques :

1° D'abord, deux opérations successives à une année de distance portant sur les mêmes lambeaux ;

2° La formation de deux lambeaux latéraux pour reconstituer la lèvre inférieure ;

3° La dissection et le glissement de la muqueuse buccale pour former l'angle de la bouche, constituer la rigole située entre la lèvre inférieure et l'arcade dentaire, s'opposer enfin aux reprises des brides cicatricielles.

M. BOINET. Le fait que nous communique M. Michel n'a aucun rapport avec celui dont nous avons entretenu la Société. Chez la malade de notre collègue, il existait des brides cicatricielles que l'on

pouvait détruire en les excisant. Chez le nôtre, au contraire, il y avait un noyau cicatriciel que l'on ne pouvait enlever, et de plus une ankylose d'un côté de la mâchoire inférieure. Nous l'avons opéré de nouveau il y a quelques jours, et nous tiendrons la Société au courant du résultat.

Discussion sur l'urèthrotomie. (Suite.)

M. TRÉLAT. J'ai été plus particulièrement frappé de quelques-unes des critiques que M. Morel-Lavallée m'a faites ; je les prends dans l'ordre où mon souvenir les retrouve.

L'opération, a dit M. Morel, a été pratiquée dans des circonstances où l'indication n'existait pas. C'est mon troisième malade (1) qu'il avait eu en vue en s'exprimant ainsi ; notre collègue M. Guérin, qui pendant un mois avait soigné ce malade avant moi, pensait qu'il était en voie de guérison.

Telle devait être, en effet, l'opinion de M. Guérin ; l'urèthre admettait des bougies de 5 millimètres, qui provoquaient bien une douleur anormale, mais on pouvait espérer que, sous l'influence d'une dilatation prudente et graduelle, tout phénomène fâcheux disparaîtrait.

Sans doute, si les choses avaient suivi cette marche, je n'aurais jamais songé à l'uréthrotomie; mais voici bientôt que la douleur augmente, qu'elle devient continue, gravative, et me force à renoncer au cathétérisme; une prostatite suraiguë se déclare. Quand l'orage est calmé, je cherche pourquoi un canal déjà large est cependant si profondément irritable; je trouve une valvule que j'incise par deux fois ; dès lors toute sensibilité, toute douleur disparaît, pendant le cathétérisme comme pendant la miction. J'ai au moins pour moi le succès ; il faut en tenir compte. Mais je m'étonne que M. Morel ait pris à partie ce fait où la dilatation mal supportée finit par amener une prostatite. Ce choix est vraiment piquant; la méthode inoffensive cause des accidents ; la méthode dangereuse n'en détermine aucun, et fait cesser toute souffrance; évidemment l'indication n'existait pas !

M. Morel m'a reproché de lui prêter des arguments qu'il n'a pas employés.

Je me demande quelle opinion différente de la sienne j'ai pu attribuer à notre collègue. Il ne me fera pas l'injure de penser que, faute d'autre document écrit, j'ai négligé de relire avec le plus grand soin sa thèse *sur la valeur relative des méthodes de traitement des rétré-*

---

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1863, p. 276, obs. III.

cissements de l'urèthre. J'avais cru me bien pénétrer de sa pensée ; mais comme je ne discute pas pour le plaisir de discuter, mais bien pour chercher la vérité, je suis tout disposé à renoncer à un argument qui n'est plus en cause. Tous deux nous reconnaissons que la dilatation, comme l'uréthrotomie, peut causer des accidents graves de nature fébrile ou inflammatoire ; dès lors, puisque ces accidents sont communs, il ne faut les porter à la charge d'aucune des deux méthodes, et la discussion ne doit plus rouler que sur ceux qui sont propres à chacune d'elles. Or, à part l'hémorrhagie qui devient de plus en plus rare, et qui depuis bien longtemps n'a fait périr aucun malade, je ne vois guère de complication accidentelle que l'uréthrotomie ne puisse renvoyer à la dilatation.

Mais allons au fond des choses ; M. Morel pense que la dilatation offre peu de dangers ; qu'elle suffit tellement aux besoins de la pratique, qu'en vingt années il n'a jamais reconnu l'indication d'avoir recours à un autre procédé ; enfin, il proteste contre l'uréthrotomie.

Je crois de mon côté que la dilatation, comme toute méthode chirurgicale, a ses dangers ; qu'on les exagère en lui demandant trop ; qu'elle est souvent inefficace ; enfin, et par-dessus tout, que l'uréthrotomie est loin d'être aussi effrayante que beaucoup de chirurgiens, et M. Morel en particulier, le disent. Je veux qu'on distingue les cas, qu'on pèse les indications, et qu'on ne recule pas devant une opération utile par une peur systématique ou exagérée. Voilà le véritable dissentiment qui existe entre nous.

Pour le faire cesser, ou mieux, car il n'est donné à personne de forcer la conviction d'autrui, pour mettre la Société en mesure de juger du différend, j'ai fourni des documents statistiques nouveaux, dont sans doute mon adversaire a senti la portée, puisqu'il les a combattus.

M. Morel professe au sujet de la statistique des principes dont je le félicite : ce n'est pas avec des renseignements recueillis au hasard, au coin de la rue ou dans le vestibule de nos assemblées savantes, que les relevés doivent être composés ; c'est avec des chiffres détaillés, des documents positifs et discutables. A merveille, ces principes sont les miens, et jusqu'ici le plus complet accord règne entre nous. Mais où M. Morel a-t-il vu que j'aie failli à ces règles élémentaires ? Sur quoi donc se fonde-t-il pour avancer que les résultats indiqués par moi ne reposent que sur des à peu près, et que procéder comme je l'ai fait n'est pas comprendre la statistique d'une manière digne de cette méthode ?

Est-ce que M. Morel, poussant la logique jusqu'à ses extrêmes conséquences, se serait contenté de m'écouter, en protestant sans pren-

dre la peine de me lire? Je le croirais volontiers. Sans quoi il aurait vu avec quel soin j'ai séparé de simples affirmations échappant au contrôle, mais ayant cependant leur valeur, des chiffres précis qui m'ont été fournis par nos collègues MM. Sédillot, Gosselin, Dolbeau, ou que j'ai puisés dans les registres de l'Hôtel-Dieu, chiffres que tout le monde peut contrôler, discuter, et qui remplissent toutes les conditions si justement requises par M. Morel.

Ces chiffres m'ont donné une mortalité de 6,4 pour 100. C'est bien moins qu'autrefois, c'est trop encore, je l'ai reconnu avant M. Morel; mais déjà, en ajoutant à mon précédent relevé les treize cas dont M. Perrin nous a donné lecture et douze opérations pratiquées par M. Demarquay, les unes et les autres sans un seul mort, nous verrions le chiffre de la mortalité, calculé sur un total de 134 cas, descendre à 5,1 pour 100; et ce n'est pas là le dernier mot: j'ai suffisamment indiqué dans ma précédente communication ce qui rend cet espoir légitime; il est inutile d'y revenir.

Ici, Messieurs, j'éprouve quelque embarras : sans doute la parole de M. Morel aura devancé sa pensée quand il a dit en propres termes : « Il y a plus de 6 pour 100 de morts; j'en ai compté 11. » Vous avez pu croire que j'étais tombé dans l'erreur; qui peut être sûr d'y échapper toujours? Que c'était 11 pour 100 et non 6 pour 100 que donnait le calcul fait sur 109 opérés dont 7 morts.

Eh bien, non, Messieurs, ce n'est pas cela qu'a voulu dire M. Morel; il a voulu dire seulement qu'en 1857 il avait relevé 11 cas de mort sur un nombre indéterminé d'opérations. En effet, j'ai lu à la page 47 de sa thèse déjà citée : « La mortalité est considérable sur un nombre d'opérations qu'il n'est pas possible de préciser, mais qui n'est pas très-grand; il y a eu, par des accidents de nature diverse, 11 morts. » Un peu plus loin, M. Morel dit que ce chiffre de 11 morts est significatif. Mais non, il ne signifie rien du tout, puisque de son propre aveu on ignore à combien de faits il correspond. Et non-seulement ce chiffre n'a pas de valeur intrinsèque, puisqu'il est incomplet, mais il n'a nulle valeur relative, puisqu'il procède de faits distincts et très-antérieurs à ceux que j'ai signalés.

C'est un procès de forme que je fais en ce moment, mais la forme est ici capitale, car elle pouvait vous tromper sur le fond. Je ne conteste pas, je n'ai jamais contesté que l'uréthrotomie n'ait donné de tristes résultats lors de ses premières applications; mais je ne veux pas qu'on juge la pratique actuelle avec la pratique passée; qu'on les compare, rien de plus juste et de plus utile, mais qu'on n'impute pas à l'une les erreurs et les échecs de l'autre.

Je n'ai pas la prétention d'être seul interprète de la vérité, et je

ne demande pas mieux de la reconnaître d'où qu'elle jaillisse et de quelque part qu'elle vienne, car j'estime qu'en matière de science l'opinion ne peut être qu'une saine appréciation des faits acquis, variable par conséquent comme ces faits eux-mêmes; mais, en toute conscience, je ne me sens nullement ébranlé par les objections de notre collègue. Aujourd'hui comme il y a un mois, je pense que les avantages de l'uréthrotomie sont appréciés par un nombre croissant de chirurgiens, que la pratique générale se régularise et s'améliore, et que ses résultats récents attestent un remarquable progrès.

Chacun sous des formes différentes, mais avec une égale conviction, nous avons défendu ce que nous croyons être la vérité; c'est à vous désormais qu'il appartient de prononcer le jugement.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je n'ai jamais attaqué personnellement M. Trélat; je n'ai attaqué que son travail, et j'ai trouvé surprenant que M. Trélat fit dire à un de ses collègues qu'il ne comprenait pas les accidents de la dilatation. Quant au fait de l'hôpital Saint-Louis, M. Trélat le justifie à son point de vue; mais tout le monde sait bien que pendant le traitement par la dilatation il peut s'élever des orages qui forcent à s'arrêter. J'ai dit et je répète que la statistique de M. Trélat n'a rien de sérieux; elle est faite avec des matériaux qui ont été recueillis au hasard, et auprès d'hommes non préparés à les fournir. Si vous prenez le chiffre de M. Gosselin, qui pourrait bien contenir la vérité, vous trouvez 1 mort sur 10 opérés. Mais votre chiffre de 6 pour 100 est encore énorme, et m'autorise à dire que l'uréthrotomie ne doit être faite que lorsque les fonctions ne se rétablissent pas par la dilatation. Vous ne parlez plus que de l'hémorrhagie, et vous ne voulez pas compter avec l'infection purulente, les abcès métastatiques, etc.

Je termine cette discussion, à laquelle je ne veux plus prendre part, en disant qu'à mon avis l'uréthrotomie donne trop de morts pour que je la fasse, et que la dilatation, conduite avec prudence, met à l'abri des accidents.

M. TRÉLAT. Quoi que nous fassions, M. Morel-Lavallée et moi, nous ne nous entendrons pas; je n'ai donc que peu de choses à ajouter à ce que je viens de dire. M. Morel-Lavallée pense que la proportion des morts indiquée par M. Gosselin pourrait bien renfermer la vérité: cela n'est pas probable. J'ai produit un relevé contenant 135 faits; c'est déjà un chiffre assez élevé, et contenant des faits tout aussi rigoureux que ceux de M. Morel-Lavallée.

M. VERNEUIL. Depuis trois séances, nous assistons à une sorte de tournoi personnel dans lequel la question de l'uréthrotomie a disparu, et nous qui écoutons, nous ne sommes nullement édifiés sur la va-

leur de l'opération. Pour moi, je n'ai jamais fait l'uréthrotomie interne; mais j'admets très-bien qu'on la fasse : il y a des cas dans lesquels on a la main forcée ; et c'est ainsi que j'ai dû pratiquer trois fois l'uréthrotomie externe, et trois fois j'ai réussi. J'ai rencontré, comme tous les chirurgiens, des malades chez lesquels des accidents graves nécessitaient une intervention active. M. Perrin vous a lu des observations très-sérieuses et qui montrent que la dilatation est souvent insuffisante. Je voudrais donc que la Société, reprenant la question de l'uréthrotomie, en posât les indications.

M. CHASSAIGNAC. Il est clair que la question est mal discutée ; on y apporte des éléments qui ne sont pas sérieux, et des opinions qui n'ont aucune base. Cela provient de ce que les procédés d'uréthrotomie se sont modifiés. M. Reybard avait posé les vrais principes en établissant qu'il fallait couper toute l'épaisseur du tissu inodulaire. Mais on n'a pas tardé à reconnaître que l'opération ainsi pratiquée était meurtrière. Et dans sa thèse, M. Tillaux a compté 13 morts sur 47 opérés.

A l'hôpital de la Pitié, la peur a fait rétrograder les incisions, que l'on a faites très-petites, et l'on est arrivé à ne plus avoir un seul mort sur 100 opérés. Mais ce n'est plus la même opération ; on en a faussé le principe. Puis on n'a donné aucune observation, on n'a pas suivi les malades. Le procédé actuel n'est certainement plus l'uréthrotomie telle que l'a indiquée M. Reybard, c'est la dilatation déguisée.

On nous a parlé de malades opérés et revus au bout de huit à dix jours : cela n'est pas sérieux. Il faudrait prouver que l'uréthrotomie guérit au moins pendant un certain temps ; sans cela, pourquoi faire cette opération, quand la dilatation bien faite et répétée suffit parfaitement ?

M. BOINET. J'ai inventé un uréthrotome dont je me suis servi dans cinq cas, et toujours avec succès. Ainsi un malade du service de M. Velpeau, chez lequel aucune bougie ne pouvait pénétrer depuis six mois, a été opéré par moi. Je fis une incision de manière à introduire une sonde de 8 millimètres ; sept mois plus tard, il urinait encore bien. Les autres malades n'ont éprouvé non plus aucun accident, et n'ont pas eu de récidives.

M. VERNEUIL. J'ai parlé de cas dans lesquels le chirurgien avait la main forcée ; j'ai voulu faire allusion à ces cas d'infiltration dans lesquels on coupe couche par couche les tissus infiltrés, de manière à arriver sur l'urèthre et à l'inciser au niveau du rétrécissement. J'ai procédé ainsi deux fois, et je n'ai eu qu'à m'en louer. Dans un cas pareil, la dilatation n'était pas possible et était d'ailleurs insuffi-

sante ; on fait alors une uréthrotomie évacuatrice. Quant aux uréthrotomies curatives, elles n'ont pas tenu ce qu'elles promettaient, car elles n'ont pas donné de cures radicales.

M. REYBARD. Je pense que pour arriver à une solution il faudrait étudier l'uréthrotomie seule, et la dilatation seule ; au lieu de cela, on discute sur l'uréthrotomie et la dilatation combinées. Les faits de M. Dolbeau prouvent que l'uréthrotomie combinée avec la dilatation est mauvaise, et je l'ai dit il y a longtemps. Je considère que l'uréthrotomie seule peut guérir ; mais il y a plusieurs procédés. Pour les rétrécissements superficiels, j'ai montré que l'uréthrotomie superficielle, telle que je l'ai indiquée dans la dernière séance et dans mon mémoire inséré dans la *Gazette médicale* (1862), donnait des succès. Quant aux rétrécissements profonds, il faut les couper complétement.

— M. Huguier est nommé à l'unanimité membre honoraire de la Société.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 1er juillet 1863.

Présidence de M. DEPAUL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société de chirurgie a reçu de M. Putégnat (de Lunéville) une brochure intitulée *La Folle décorée,* ou *Épisodes de la vie d'un médecin.* (Des remercîments seront adressés à l'auteur.)

Suite de la discussion sur l'uréthrotomie.

M. DESORMEAUX. J'ai fait un assez grand nombre de fois l'uréthrotomie, mais je n'ai pas fait un relevé complet de ces opérations. Cependant, j'ai pris note de mes dix dernières opérations. Dans ces dix cas, je n'ai eu aucun accident. Je me rappelle bien avoir vu autrefois survenir des accès de fièvre qui ont cédé au sulfate de quinine, mais je n'ai jamais observé l'infiltration d'urine ni l'infection purulente. Je suis donc assez partisan de l'uréthrotomie, sans fonder sur cette méthode des espérances exagérées. Si on a accusé l'uré-

throtomie avec tant de persistance, c'est que les résultats ont été d'abord incomplets, et qu'on n'a pas pris le soin de rechercher les cas où elle convient ni d'en saisir les indications. Il faut bien savoir que la dilatation n'est pas toujours avantageuse et ne convient pas dans toutes les circonstances.

Les rétrécissements ordinaires, inflammatoires, se dilatent facilement, et peuvent même guérir radicalement. Mais quand le rétrécissement est ancien, fibreux, étroit, la dilatation agit lentement; elle peut amener de l'inflammation qui oblige à la suspendre, et produit, si on la continue, des perforations, des fistules. Je pense qu'en pareil cas l'uréthrotomie est préférable. Il y a, en outre, des rétrécissements très-durs qui ne se dilatent pas du tout, ou dont la rétractilité est telle, qu'ils reviennent promptement à leur état primitif; alors le malade se voit condamné à un traitement à perpétuité. Dans ces cas encore, l'incision a des avantages. Il faut donc bien poser nettement les indications de l'incision, qui, pour moi, se résument de la façon suivante : on doit inciser les rétrécissements qui se reproduisent très-facilement après avoir été dilatés, et ceux dont la dilatation exigerait un temps fort long.

M. MARJOLIN. Je crois que nous sommes tous éclairés à peu près sur la question; mais on a évidemment exagéré les accidents de la dilatation. Il ne faut pas rejeter l'uréthrotomie d'une façon générale. Ainsi, elle peut convenir dans les rétrécissements traumatiques ou dans les cas comme celui que j'ai observé à Beaujon, où une valvule de l'urèthre empêchait toute bougie de passer. Mais je suis étonné de la facilité avec laquelle on pratique l'uréthrotomie. Pour moi, depuis 1832, je ne me suis vu obligé qu'une seule fois d'inciser un rétrécissemeut.

La dilatation bien faite, continuée avec prudence, avec ménagement, doit rester la méthode générale; et je ne comprends pas que M. Desormeaux attribue à la dilatation prolongée les fistules urinaires. J'ai toujours vu, au contraire, que cet accident survenait lorsque le rétrécissement était assez étroit pour empêcher la miction, et qu'il n'avait pas été franchi.

M. DESORMEAUX. Je n'ai pas voulu dire que les fistules étaient une conséquence de la dilatation, mais que ce traitement ne les avait pas empêchées de se produire; car une petite bougie ne suffit pas pour conjurer des accidents que l'on eût arrêtés en incisant largement.

M. CHASSAIGNAC. On ne s'occupe pas assez des procédés d'uréthrotomie ni des résultats définitifs que l'on obtient; c'est cependant ce qu'il serait urgent de savoir, sans cela nous discuterons éternellement. M. Perrin et M. Reybard vous ont donné des observations :

ils ont procédé scientifiquement ; mais les autres chirurgiens n'ont pas apporté la même sévérité. Si l'incision donne des récidives, vous avez à lui faire les mêmes objections qu'à la dilatation. Quant aux accidents produits par la dilatation, ils sont temporaires, et un chirurgien prudent sait les éviter. Je suis convaincu qu'il n'y a pas de rétrécissements infranchissables, et en procédant doucement et avec patience, on parviendra toujours à passer une bougie dans un urèthre où passe l'urine. D'un autre côté, il n'y a rien de plus rare qu'un rétrécissement réfractaire à la dilatation; et en y mettant de la persévérance, on peut obtenir ainsi des guérisons durables. Il est facile de se faire illusion dans les questions de traitement : je voudrais donc qu'on nous parlât de malades suivis pendant longtemps, qu'on nous dît le procédé employé, le genre d'instruments, leur mode d'action.

M. REYBARD. La question me semble engagée dans une voie qui n'est pas la véritable. Ce n'est pas sur la forme, le mode de l'incision, sur la nature de l'instrument que portent les différences de l'uréthrotomie; ce n'est pas là ce qui doit servir de base à la division des procédés. On doit prendre pour point de départ la différence dans les résultats que l'on obtient et que l'on a cherchés d'avance. Sous ce rapport, il y a trois procédés :

1° Quand un rétrécissement gêne la miction et est superficiel et peu étendu, on peut l'inciser purement et simplement; de cette façon on obtient un résultat temporaire qui pourrait aussi fournir la dilatation, mais que l'incision donne plus promptement et sans accidents;

2° Dans d'autres cas, où l'on recherche la cure radicale, on incise superficiellement et on dilate largement une seule fois, comme je l'ai indiqué dans la dernière séance : c'est un procédé expéditif et qui donne des résultats définitifs ;

3° Enfin, on incise largement les rétrécissements profonds. C'est alors une opération sérieuse que nécessite la profondeur de la lésion.

M. FORGET. Avant les travaux de M. Reybard, on incisait les brides uréthrales; mais c'est notre confrère de Lyon qui a importé à Paris l'incision profonde. Mais puisque les chirurgiens de Paris s'en tiennent encore à la dilatation, je voudrais que M. Reybard voulût bien nous apporter une statistique. M. Trélat nous a parlé de 6 morts sur 100. Pour que ce chiffre ait de la valeur, il faudra savoir s'il se rapporte à des uréthrotomies superficielles ou profondes. Je demanderai à M. Reybard ce qu'il pense quant à l'innocuité des trois procédés dont il nous parle. En un mot, je crois formuler le *desideratum* de la discussion en exprimant le désir que M. Reybard nous donne les résultats de toute sa pratique.

M. REYBARD. Le deuxième procédé d'uréthrotomie superficielle m'a fourni 14 guérisons sans accidents sur 14 cas. Dans l'uréthrotomie profonde, j'ai eu assez souvent des accidents, mais je n'ai perdu qu'un malade sur 70 opérés.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

DE L'URÉTHROTOMIE INTERNE (1).

Par M. le docteur Maurice PERRIN.

La question du traitement des rétrécissements du canal de l'urèthre par l'uréthrotomie interne me paraît d'une telle importance pour la pratique, elle est si diversement appréciée, que je considère comme un devoir pour chacun de nous de livrer à la discussion les résultats de son observation personnelle.

Dans ma pensée, ce n'est qu'avec des observations relevées en nombre suffisant que l'on parviendra à s'entendre sur ce point.

Le service des vénériens, dont j'ai été chargé pendant quatre années à l'hôpital du Val-de-Grâce, m'a fourni l'occasion de pratiquer treize fois l'uréthrotomie dans les circonstances suivantes.

Afin d'épargner les instants de la Société, je mentionnerai seulement les traits intéressants aux débats fournis par les observations recueillies au lit des malades par MM. Daguenet et Flammand, stagiaires attachés à mon service.

OBS. I. — B..., soldat au 2e régiment de grenadiers, âgé de quarante-quatre ans, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 8 janvier 1862. Rétrécissement remontant à six mois, envies incessantes d'uriner; les urines ne s'échappent que goutte à goutte. Après de longs tâtonnements, une bougie filiforme est introduite dans la vessie.

Le traitement par la dilatation est dès le début entravé par des accès de fièvre, une sensibilité excessive du canal et l'impossibilité presque absolue d'uriner après chaque cathétérisme. Après huit jours de tentatives infructueuses, deux rétrécissements, l'un siégeant au niveau du bulbe et l'autre dans la région membraneuse, sont incisés d'avant en arrière. Un cathéter de 8 millimètres est immédiatement introduit sans difficulté. Léger écoulement de sang. Le jour de l'opération et le lendemain, accès de fièvre peu intense, qui permet au malade de se lever et de prendre ses repas.

---

(1) Ce mémoire a été indiqué page 238.

Au troisième jour, le jet est large, vigoureux ; le passage des urines reste douloureux.

Pas de traitement consécutif.

Le 24 février, vingt-trois jours après l'opération, le même cathéter passe avec autant de facilité, mais l'introduction d'un numéro immédiatement supérieur nécessite un certain effort : elle est suivie d'un suintement sanguin et d'un peu de fièvre.

Le malade est de nouveau mis au repos.

Le 28 février, le canal présente les mêmes conditions ; le jet est volumineux, franc, indolent.

Le malade sort de l'hôpital.

La guérison se maintient pendant un an environ. A partir de ce moment, les mêmes accidents se reproduisent assez rapidement, et le malade, condamné à uriner goutte à goutte, rentre à l'hôpital au commencement de février 1863.

Mon collègue M. Leconte, dans le service duquel il fut placé, et à l'obligeance duquel je dois les détails qui suivent, passa sans trop de difficulté une bougie de 1 millimètre 1/3. Il constata de nouveau le siége des deux rétrécissements incisés et reproduits. Traitement par la dilatation poursuivi sans obstacle jusqu'au degré de 3 millimètres 2/3. Il survint alors une grande excitabilité du canal, un peu de dysurie, qui obligèrent à suspendre momentanément le traitement.

Le malade, impatienté de ce contre-temps et satisfait du résultat déjà obtenu, se fit renvoyer de l'hôpital le 7 mars.

Obs. II. — R..., chasseur au 3e bataillon. Rétrécissement ancien suivi de temps à autre de rétentions complètes d'urine. Durant un traitement antérieur de six mois, on tenta vainement de franchir le rétrécissement. Des essais d'uréthrotomie interne sans conducteur n'eurent pas plus de succès et ne firent qu'aggraver les accidents.

A son entrée à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 11 septembre 1861, R... est tourmenté par des envies incessantes d'uriner ; ses jours et ses nuits suffisent à peine pour obvier aux accidents d'une rétention complète.

Les bains de siége seuls amènent un peu de calme. Ce ne fut qu'au bout de deux mois, malgré les tentatives les plus patientes, qu'il ne fut possible d'introduire une bougie filiforme en baleine terminée par une petite olive.

Le canal paraissait rétréci depuis le bulbe jusqu'aux régions les plus reculées ; on sentait d'ailleurs à travers la peau une longue traînée cicatricielle étendue de la racine des bourses au tiers postérieur du périnée.

En présence d'accidents aussi graves, ayant affaire à un rétrécisse-

ment manifestement cicatriciel, je pratiquai sur-le-champ l'uréthrotomie d'avant en arrière. Ce ne fut qu'au prix des efforts les plus violents que je parvins à franchir le rétrécissement.

Peu de sang, à peine de la fièvre après une opération aussi laborieuse.

Mais quelques jours plus tard il se forma un abcès urineux bien circonscrit au niveau du pli génito-crural droit, sans grande réaction générale.

Il fallut deux mois pour guérir le malade de cet accident consécutif.

Dans les premiers jours d'avril, l'exploration du canal fit reconnaître que les bénéfices de l'opération étaient en grande partie perdus. Une seconde incision fut pratiquée, toujours d'avant en arrière. Immédiatement après, un cathéter de 6 millimètres 1/6 passa sans effort. Pas de fièvre, à peine quelques gouttes de sang. La perméabilité du canal se maintint sans traitement consécutif jusqu'au moment de la sortie du malade, un mois environ après la dernière opération.

Jusqu'alors pas de nouvelles du résultat définitif.

Obs. III. — P..., soldat au 10e bataillon de chasseurs, âgé de vingt-sept ans. — Fistule pénienne et rétrécissement cicatriciel consécutifs à une rupture du canal survenue pendant le cours d'une uréthrite aiguë.

Traitement par la dilatation, sans amélioration.

Incision d'avant en arrière. Un cathéter de 6 millimètres 2/3 est immédiatement introduit sans difficulté. Pas de fièvre ; hémorrhagie modérée, mais continue pendant trente-six heures; elle n'offre rien d'inquiétant.

Sonde à demeure pendant quarante-huit heures. Pas de fièvre.

Cathétérisme régulier consécutif ; malgré ce soin le canal tend de nouveau à se rétrécir, et le 26 février, treize jours après l'opération, on ne peut engager qu'un dilatateur de 6 millimètres 1/6. Contre mon gré, le malade, guéri de sa fistule, se croyant guéri de son rétrécissement, persiste à demander sa sortie.

Jusqu'alors pas de nouvelles du résultat définitif.

Obs. IV. — M..., soldat invalide, âgé de soixante-six ans. — Rétrécissement très-ancien. Les urines sont rendues goutte à goutte et avec beaucoup de douleur. Avec une bougie filiforme, on parvient à franchir le rétrécissemeut, puis on reste 4, 5, 8 jours sans pouvoir arriver de nouveau dans la vessie. Chaque tentative est suivie d'un accès de fièvre très-violent.

Après trois mois de tentatives infructueuses par la dilatation, le

mal s'était empiré ; la dysurie était plus intense, les urines contenaient un dépôt très-abondant de sang et d'albumine ; il était survenu des douleurs lombaires, des frissons irréguliers non justifiés par le cathétérisme.

Incision du rétrécissement d'avant en arrière le 6 décembre 1862. Le malade vide immédiatement sa vessie par un jet franc, vigoureux. On passe dans le canal un cathéter de 6 millimètres. Dans la journée, quelques gouttes de sang et un accès de fièvre.

Pas de traitement consécutif. Au quinzième jour les urines sont meilleures, l'état général est plus satisfaisant, la dilatation se maintient. Le malade veut absolument sortir de l'infirmerie, en promettant, suivant la coutume, de revenir me voir. Je l'ai perdu de vue pendant six mois. Samedi, 6 juin, j'ai revu mon opéré : le jet de l'urine est encore satisfaisant ; le canal a perdu un peu de sa largeur, il admet encore un dilatateur de 4 millimètres.

Obs. V. — B..., garde de Paris, âgé de quarante et un ans. — Rétrécissement récent à la partie antérieure de la région membraneuse. On peut avec quelque difficulté le traverser avec une bougie filiforme.

Traitement infructueux par la dilatation pendant cinq à six semaines. La fréquence des accès de fièvre causés par le cathétérisme, l'énergie et la persistance du spasme uréthral, me décident à pratiquer l'incision d'avant en arrière. Un cathéter de 3 millimètres 1/6 est introduit dans la vessie. Il s'écoule à peine quelques gouttes de sang. Pas de fièvre ; douleur en urinant pendant quelques jours.

Pas de traitement consécutif.

Vingt-quatre jours après l'opération, le canal se laisse facilement traverser par un cathéter de 3 millimètres 1/2 : le jet de l'urine est vigoureux, plus large que ne le laisserait supposer le degré de dilatation obtenu.

Le malade sort de l'hôpital.

Pas de nouvelles jusqu'alors du résultat définitif.

Obs. VI. — M. X..., officier supérieur de l'armée, âgé de cinquante-cinq ans environ. — Fistules urinaires multiples, rétrécissement cicatriciel facile à franchir à l'aide de bougies de 1 millimètre.

Traitement tout à fait infructueux par la dilatation ; le passage de la bougie occasionne chaque fois un violent accès de fièvre, du ténesme et une poussée inflammatoire du côté des fistules.

Section du rétrécissement d'avant en arrière. Un cathéter de 6 millimètres 1/6 passe facilement. A peine s'écoule-t-il quelques gouttes de sang. Accès de fièvre dans la journée. Une sonde à demeure est introduite dans la vessie : le malade ne peut la supporter. Reten-

tissement modéré vers les fistules. Pas d'autres accès de fièvre. L'urine s'écoule plus librement par l'orifice du canal. Mais cette amélioration ne fut que temporaire, et au moment où je perdis de vue le malade, quinze jours après l'opération environ, les choses étaient dans leur état habituel.

Obs. VII. — M..., soldat au 33e régiment de ligne, âgé de 45 ans, est entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 9 novembre 1861. Rétrécissement remontant à deux ans; l'urine ne s'écoule plus que goutte à goutte; ténesme vésical intense; catarrhe vésical; frissons réitérés.

Après plusieurs essais infructueux, bien que prolongés pendant plusieurs heures, une bougie filiforme peut être introduite dans la vessie.

Le traitement par la dilatation fut conduit assez régulièrement, et permit au bout de onze jours de passer une bougie de 2 millimètres. A partir de ce moment, le canal devint le siége d'une excessive sensibilité; le passage de la sonde provoquait pour plusieurs jours du ténesme, une douleur vive en urinant, quelquefois une rétention complète, et enfin des frissons irréguliers.

Malgré le repos absolu et un traitement approprié, le même état persistant, l'incision fut pratiquée d'avant en arrière sur deux rétrécissements situés l'un immédiatement en arrière du bulbe, et l'autre un peu plus profondément. Il s'écoule quelques gouttes de sang. Un cathéter de 7 millimètres est immédiatement introduit. Dans la journée quelques frissons et un léger mal de tête.

A partir de ce jour, le jet de l'urine est large, franc; la miction est douloureuse pendant huit jours environ.

Douze jours après l'opération, le canal est exploré sans douleur, sans fatigue consécutive, avec un cathéter de 7 millimètres. Le malade sort de l'hôpital. Aucune nouvelle jusqu'alors du résultat définitif.

Obs. VIII. — K..., soldat détenu, âgé de dix-neuf ans, est entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 25 novembre 1861. Rétrécissement du canal remontant à huit mois, et compliqué d'une rétention complète d'urine au moment de son entrée. Un traitement antiphlogistique et émollient rétablit en quelques jours le cours habituel des urines. En explorant alors le canal, je reconnais en arrière du bulbe deux rétrécissements assez peu serrés pour livrer passage à une bougie de 2 millimètres 1/6.

Excellentes conditions en apparence pour la dilatation. Et cependant chaque cathétérisme est invariablement suivi d'accidents de rétention, semblables à ceux pour lesquels il était entré à l'hôpital.

Ces conditions me décident à inciser le rétrécissement d'avant en arrière, malgré des signes manifestes de syphilis.

Écoulement de sang assez abondant.

Un cathéter de 4 millimètres, le plus volumineux que puisse accepter le méat urinaire très-étroit chez ce sujet, pénètre sans résistance dans la vessie.

Pour obvier à l'hémorrhagie, une sonde est mise à demeure; le malade la retire dans la soirée, tant sa présence est insupportable.

Le lendemain, la même sonde est introduite dans la vessie. Son passage détermine un écoulement de sang plus considérable que la veille. Elle n'est d'ailleurs pas mieux supportée. Pas de réaction fébrile. La miction reste douloureuse.

Pas de traitement consécutif.

Quarante-cinq jours après l'opération, le malade, retenu à l'hôpital par sa vérole, urine toujours très-librement, mais avec une sensation persistante de brûlure. Le cathéter de 4 millimètres passe toujours facilement.

Aucune nouvelle jusqu'alors du résultat définitif.

Obs. IX. — S..., soldat au 56e régiment de ligne, dix-neuf ans, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 26 décembre 1861. Rétrécissement ancien ayant déterminé subitement une rétention complète d'urine, qui l'amène dans le service.

Après quelques jours de traitement, le cours des urines se rétablit. L'exploration du canal fait reconnaître un rétrécissement peu serré au niveau du bulbe; une bougie de 4 millimètres 2/3 le traverse.

Traitement par la dilatation, interminable et infructueuse, à cause de l'excessive susceptibilité du canal. Les douleurs pendant la miction, du ténesme, de fréquents accès de rétention, un ébranlement insolite du système nerveux, rendent ce mode de traitement insupportable au malade.

Le rétrécissement est incisé d'avant en arrière; il s'écoule une assez grande quantité de sang. Un long bouchon fibrineux est rendu par le malade à la première miction. Un cathéter de 7 millimètres 1/3 glisse facilement dans la vessie. Léger accès de fièvre dans la journée.

Pendant les jours suivants, le malade éprouve une vive douleur en urinant, mais le jet est large, franc. Cinq jours après le débridement le même cathéter est introduit : il passe facilement, mais il provoque un léger écoulement de sang et un accès de fièvre. Le lendemain, nouvel accès de fièvre. A partir de ce jour tout va bien, et le malade sort dans de bonnes conditions, n'ayant plus de son accident qu'un peu de cuisson en urinant.

La guérison se maintint pendant six mois environ; mais alors l'opéré s'aperçut d'un léger changement dans l'état du jet urinaire.

Toutefois ce ne fut que huit mois plus tard, c'est-à-dire quatorze mois après l'opération, qu'étant à l'hôpital pour une autre affection, il se plaignit à mon collègue M. Arnould, dans le service duquel il était placé, des difficultés qu'il éprouvait pour uriner.

M. Arnould constata l'existence d'un rétrécissement siégeant à 4 centimètres environ du méat urinaire : rétrécissement franchissable, et qui après cinq ou six jours était facilement traversé par une bougie de 2 millimètres environ. Il n'existait aucun obstacle dans les régions plus profondes.

Le traitement par la dilatation fut très-rapide, et après cinq semaines le canal avait recouvré sa souplesse et ses dimensions.

Ce fait ne peut être considéré comme un exemple de récidive; le premier rétrécissement siégeant manifestement au niveau du bulbe, le second traité dernièrement à 4 centimètres du méat. Entre deux points aussi distincts, la confusion ne me paraît pas possible.

Comme aux dernières explorations, on n'a constaté aucun obstacle dans la région du bulbe; tout porte à croire que les résultats de l'uréthrotomie se sont maintenus jusqu'alors.

On serait peut-être tenté d'attribuer à l'opération la formation du rétrécissement pénien, mais l'incision ayant été pratiquée avec l'instrument à lame cachée de M. Sédillot, la blessure accidentelle du canal sur un point aussi éloigné du siége du mal est incompatible.

Obs. X. — T..., condamné militaire, âgé de trente-deux ans. Entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 9 avril 1862. Rétrécissement ancien pour lequel il est entré déjà une première fois à l'hôpital, où il fut traité par la dilatation. Guérison en six semaines; mais, deux mois après, les mêmes accidents s'étaient reproduits. Un seul rétrécissement derrière le bulbe; il peut être assez facilement traversé par une bougie filiforme.

La promptitude de la récidive, après un premier traitement par la dilatation, me décida à pratiquer l'uréthrotomie d'avant en arrière. — Quelques gouttes de sang. — Le méat urinaire ne peut livrer passage qu'à un cathéter de 5 millimètres 2/3, qui pénètre sans effort dans la vessie. Pas de fièvre; douleur en urinant. Pas de traitement consécutif. Le même état persiste jusqu'à la sortie du malade, dix jours après l'opération.

Aucune nouvelle jusqu'alors du résultat définitif.

Obs. XI. — G..., sapeur-pompier, entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 16 janvier 1862. Rétrécissement remontant à six mois, siégeant à la portion membraneuse; assez peu serré pour livrer passage à une bougie d'un millimètre et demi. (Traitement par la dilatation.) Pas

d'accidents ni d'entraves. Après cinq semaines, des bougies de 5 millimètres passaient sans grande difficulté.

A partir de ce moment, le canal devint le siége d'une irritabilité intraitable. Malgré tous les soins, non-seulement l'état du malade demeurait stationnaire, mais il perdait sensiblement tous les jours.

Pour ce motif, l'incision d'avant en arrière fut pratiquée après un débridement préalable du méat, indispensable pour livrer passage à l'urétrotome. — Quelques gouttes de sang. Un cathéter de 7 millimètres 1/2 est introduit immédiatement.

Pas de réaction fébrile, sauf une céphalalgie légère. La plaie faite au méat tend fortement à se réunir : une dilatation méthodique est instituée pour ne pas en perdre le bénéfice.

Malgré ces précautions, il faut, pour explorer le canal avec le cathéter de 7 millimètres 1/2, déchirer la cicatrice : les autres parties du canal sont restées perméables. Le lendemain, léger mouvement de fièvre.

Le malade sort de l'hôpital dix-huit jours après l'opération : le jet de l'urine est large, fort : le cathéter de 7 millimètres 1/2 passe sans difficulté.

Aucune nouvelle jusqu'alors du résultat définitif.

Obs. XII. — M. X..., appartenant à la gendarmerie coloniale, âgé de quarante ans ; rétrécissement ancien. Plusieurs traitements par la dilatation suivis de récidives très-promptes. Sujet nerveux, épuisé, très-préoccupé de sa situation. Cathétérisme contrarié par des accès de fièvre, de l'agitation nerveuse avec délire. Incision d'avant en arrière ; légère hémorrhagie pendant quelques heures. Un cathéter de 7 millimètres et demi est immédiatement introduit ; violent accès de fièvre dans la journée.

Pas de traitement consécutif. Aucun accident, sauf une légère brûlure pendant la miction.

Au bout de dix jours, le malade sort de l'hôpital. La contemplation d'un jet d'urine fort et bien nourri a exercé sur son moral une transformation complète.

Aucune nouvelle jusqu'alors du résultat définitif.

Les faits qui précèdent m'ont suggéré quelques réflexions que je demande la permission de vous soumettre.

1° Dans ma pensée, c'est à tort que l'on veut ranger l'uréthrotomie interne parmi les accessoires de la dilatation progressive. C'est bien une méthode spéciale, qu'elle soit bonne ou mauvaise, je ne l'examine pas en ce moment, et on peut se passer de toute dilatation progressive antérieure ou postérieure à l'incision.

Le fait même de la section restitue au canal des dimensions bien suffisantes, à moins d'une récidive ultérieure, pour assurer le libre exercice de la fonction. Tel est le principe qui me paraît avoir toujours servi de guide à plusieurs chirurgiens et à M. Sédillot en particulier, et que j'ai mis moi-même en pratique à leur exemple.

Il est vrai que depuis deux ans M. Sédillot recommande l'usage des sondes à demeure pendant les deux jours qui suivent l'opération, mais il résulte clairement de sa note adressée à l'Académie des sciences que ce n'est point dans le but de conserver la perméabilité du canal, mais bien dans l'espoir d'obvier à l'hémorrhagie et d'empêcher la résorption urineuse.

En admettant qu'il soit opportun, ce que je crois, de passer de temps à autre un cathéter dans le canal pour assurer le résultat acquis, cette mesure préventive n'aurait encore rien de commun avec la méthode de la dilatation.

Ceci me conduit à faire des réserves au sujet de la période préparatoire et de la période complémentaire dont on veut gratifier l'uréthrotomie. J'ignore jusqu'à quel point elles peuvent être utiles ; mais ce que je sais, c'est qu'elles ne sont point indispensables. Je n'y ai point eu recours, et je ne m'en suis pas trouvé plus mal. J'ai négligé l'usage des boissons délayantes, destinées à rendre les urines moins redoutables, J'ai omis de passer avant l'opération des bougies dans le canal dans le but de le rendre plus tolérant, parce que dans la majorité des cas c'était son intolérance même qui me forçait à pratiquer le débridement. Enfin j'ai renoncé aussi à placer des bougies à demeure après l'opération, tant leur séjour avait été insupportable aux malades, et tant leur action m'avait paru précaire comme préservatifs contre les accès de fièvre. Si je signale ici ces omissions volontaires, ce n'est pas pour les ériger en précepte, mais c'est pour empêcher autant que possible, au moment de constituer une méthode qui me paraît pleine d'avenir, de la surcharger d'*impedimenta* qui ne seraient pas indispensables.

2° En faisant usage d'une lame de 3 millimètres de hauteur, j'ai pu obtenir un élargissement immédiat capable de livrer passage à des dilatateurs de 6 à 8 millimètres. Il n'y a eu d'exceptions et de doute qu'à l'égard des sujets chez lesquels on était empêché par l'étroitesse du méat urinaire.

Ces faits démontrent une fois de plus que la section des parties malades et coarctées est suivie d'un élargissement qui est hors de proportion avec la profondeur de l'incision. Il se passe là quelque chose d'analogue à ce que l'on observe après la section ou la rupture du sphincter dans les cas de fissure anale. Je ne puis comprendre

autrement la persistance au moins temporaire des résultats fournis par l'incision sans dilatation consécutive.

3° Les rétrécissements dans lesquels l'élément spasmodique est très-actif sont ceux qui se trouvent le mieux de l'uréthrotomie ; c'est le contraire pour les rétrécissements cicatriciels.

4° Les récidives sont à craindre après l'uréthrotomie comme après la dilatation. Sont-elles plus ou moins promptes, plus ou moins graves, plus ou moins fréquentes? C'est ce qu'il faut rechercher. Pour mon compte, j'espère être à même d'établir prochainement quelle a été la proportion des rechutes chez tous mes opérés. Jusqu'alors je n'en ai revu que trois : chez l'un, les accidents s'étaient reproduits au bout d'une année ; chez les deux autres, observés l'un après quatorze mois et l'autre après six mois, la guérison s'était à peu près maintenue.

5° L'uréthrotomie est incomparablement plus prompte dans ses résultats immédiats que tout autre moyen de traitement. N'en résulte-t-il pas qu'en cas de récidive, le malade sera plus disposé à réclamer des soins, et qu'on aura à déplorer moins souvent les suites éloignées des rétrécissements, les abcès, les filtrations urinaires, les fistules, etc., accidents souvent bien graves dont il faut tenir compte dans l'appréciation comparative des deux méthodes?

6° Malgré tous les avantages secondaires que l'on pourrait faire valoir en faveur de la stricturotomie uréthrale, il ne saurait être douteux pour personne que toute la valeur de la méthode repose sur la somme des dangers qu'elle fait courir au malade, et corrélativement sur la netteté de ses indications.

Tous les rétrécissements qui se présentent dans la pratique peuvent être groupés en deux catégories :

A. Ceux dans lesquels la dilatation remédie aux accidents de rétention quand ils existent, et peut être poursuivie rapidement et sans entrave jnsqu'à la guérison. Ils doivent être traités, je crois, par la bougie exclusivement.

B. Ceux dans lesquels la dilatation ne remédie pas aux effets de la rétention, aggrave l'état des voies urinaires, provoque du ténesme, des abcès uréthraux, des néphrites, des accès de fièvre grave, des accidents nerveux, etc. Dans ces cas, et ils sont nombreux ; la dilatation doit-elle être continuée quand même, avec tous les ménagements qu'elle comporte, bien entendu ; ou bien doit-on recourir à l'incision? Quelle est celle des deux méthodes qui est la moins dangereuse dans ses effets immédiats ou consécutifs?

Posée dans ces termes, la question ne me paraît pas du tout résolue ; car si les succès qu'a fournis l'uréthrotomie, soit parce qu'ils

proviennent de faits trop peu nombreux, soit parce qu'ils émanent de sources suspectées, ne permettent pas de l'adopter comme méthode générale dans les cas dont il s'agit, des affirmations sans preuve autorisent encore bien moins à la repousser systématiquement. L'occasion me paraît favorable pour faire appel à l'expérience de tous les chirurgiens pour demander non des résultats statistiques apocryphes, mais des faits, des observations, et enfin où est la bonne route.

7° Toutefois, l'examen comparatif des résultats authentiques de l'uréthrotomie révèle des oppositions qu'il importe de rappeler dès aujourd'hui. Avec certains procédés qui entraînent des incisions très-profondes, les accidents, soit locaux, soit généraux, ont été manifestement graves, fréquents, malgré un nombre restreint d'applications. Par l'incision rétrograde, le débridement est moins profond, et les accidents sont moins redoutables; cependant on observe encore très-souvent des accidents sérieux de résorption urineuse. Par l'incision antéro-postérieure, au contraire, avec des lames de 3 à 4 millimètres, les accidents graves ne sont plus que de très-rares exceptions, et les signes de résorption se réduisent à quelques accès de fièvre sans importance, qui pourraient bien être la conséquence du traumatisme. En termes généraux, on peut donc trouver dans la profondeur de l'incision une bonne échelle de gravité de l'opération. Par conséquent il importe, dans chaque observation, de tenir compte du *modus faciendi*: c'est le seul moyen de s'assurer s'il faut condamner la méthode ou seulement certains procédés défectueux qui la compromettent.

Séance du 8 juillet 1863.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° Les journaux de la semaine;

2° Une lettre de M. Foucher, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

RAPPORT.

M. VERNEUIL a la parole pour la lecture du rapport suivant :

Oblitération cicatricielle du vagin; rétention des règles; opération; guérison. — Fistule vésico-vaginale. Guérison spontanée.

Messieurs, dans le courant de l'année dernière, je dus à l'obligeance de M. le docteur L'Hoste (de Montfort-l'Amaury), d'examiner deux femmes atteintes de lésions graves des organes génitaux consécutives à la parturition. J'engageai notre jeune confrère à recueillir les deux observations et à nous les communiquer. J'ai eu l'honneur de les déposer sur le bureau il y a quelques mois, et aujourd'hui je viens vous en rendre compte.

La première observation a trait à une lésion malheureusement assez commune, et dont les recueils scientifiques renferment de nombreux exemples; ce n'est donc point à titre de curiosité qu'elle mérite votre attention; mais les détails du fait sont complets : une opération a été faite avec succès, des accidents assez sérieux ont traversé la cure. L'opérée a été suivie attentivement pendant plusieurs mois.

Voici à mes yeux des motifs suffisants pour donner une place dans nos publications à un cas en quelque sorte vulgaire, mais qui n'en est pas moins intéressant, puisqu'il a trait à une affection des plus graves et des plus compromettantes pour la vie, à une lésion qui nécessite impérieusement l'intervention chirurgicale.

Voici d'abord la note qui a été rédigée par M. L'Hoste.

Accouchement naturel. — Inflammation violente des parties génitales. — Sphacèle étendu de la paroi vaginale. — Oblitération cicatricielle consécutive. — Rétention des règles et accidents. — Incision du diaphragme inodulaire. — Complications diverses. — Rétablissement lent. — Guérison définitive constatée cinq mois après l'opération.

Mme X..., âgée de trente-cinq ans, réglée à quatorze ans, mariée à dix-huit, tempérament lymphatique, constitution épuisée par les fatigues, la misère et huit grossesses, dont sept arrivèrent à terme. La dernière gestation fut pénible et douloureuse ; au cinquième mois, chute en portant un fardeau, accouchement à terme, travail de quelques heures, rupture artificielle des membranes, délivrance naturelle le 28 mai 1861.

Le lendemain, fièvre violente et symptômes de péritonite, combat-

tus avec succès par les onctions mercurielles belladonées et les purgatifs. Toutefois la sécrétion lactée fit défaut, et de nouveaux accidents se montrèrent. Une inflammation violente envahit les parties génitales externes et la paroi vaginale, dont une large portion frappée de gangrène se détacha au bout de quelques jours. Les applications émollientes, les injections détersives atténuèrent ces désordres locaux. Alors survint pendant quinze jours une diarrhée incoercible qui mit la vie en danger ; à cette complication conjurée succéda une *phlegmatia alba dolens* du côté gauche.

Après cinq mois de séjour au lit, la convalescence s'établit enfin, les forces revinrent, et assez franchement pour que dans l'hiver Mme X... reprît ses rudes travaux. L'attention avait été surtout portée vers l'état général, et l'on ne songeait point à l'état du vagin. Les règles toutefois n'avaient pas reparu le 15 juin 1862.

A cette date, surgirent des coliques intenses, siégeant dans le bas-ventre, s'irradiant dans les reins, et qui cédèrent au bout de quelques jours aux émollients et aux narcotiques légers. Mme X... put faire la moisson avec son mari.

Le 11 septembre, retour des mêmes phénomènes, plus violents encore, et accompagnés de vomissements et de constipation. M. le docteur Descieux, soupçonnant alors la cause du mal, examina les parties génitales et fit constater à M. L'Hoste les particularités suivantes : A l'hypogastre, sur la ligne médiane, tumeur arrondie, dure, rénitente, dépassant de quatre travers de doigt le rebord du pubis et simulant l'utérus au quatrième mois de la grossesse ; à gauche et surmontant cette tumeur, une saillie transversale, cylindrique, dure, très-sensible à la pression, et répondant sans aucun doute à la trompe de Fallope distendue par le sang.

Le doigt, introduit dans le vagin, était arrêté à trois centimètres par un obstacle résistant, insurmontable, que le spéculum montra formé par une cloison blanche, nacrée, inextensible, de nature évidemment cicatricielle. Le toucher rectal révélait dans l'excavation pelvienne une tumeur volumineuse, remplissant la concavité du sacrum. Le cathétérisme indiquait de son côté une déviation de l'urèthre. Ces diverses manœuvres combinées avec la palpation hypogastrique démontraient clairement l'existence d'une tumeur considérable n'offrant, à la vérité, qu'une fluctuation très-obscure.

Il s'agissait d'une rétention des règles dans l'utérus et dans la partie supérieure du vagin. Autant qu'on en pouvait juger par un examen attentif, l'oblitération ou la cloison cicatricielle ne mesurait pas moins de trois centimètres. Les accidents se calmèrent un peu sous l'influence des cataplasmes, des sangsues, de l'opium *intus et extra*, des

bains de siége, etc. ; mais les douleurs cependant ne cédèrent pas complétement.

Le 22 septembre, M. Verneuil examina Mme X... et confirma le diagnostic; il fut d'avis de tenter une opération pour évacuer le sang accumulé, mais d'attendre autant que possible que le calme fût rétabli. Cette temporisation prudente ne put pas être observée, car deux jours plus tard les accidents reparurent avec une telle violence, qu'il fallut agir sans plus de retard. La malade est placée dans la position de la taille, un cathéter est introduit dans l'urèthre, et un petit *spéculum ani* bivalve dans le vagin. M. Descieux, qui tient le cathéter, refoule aussi avec une spatule la paroi antérieure du vagin, qui proémine entre les valves du spéculum. Alors la cloison cicatricielle bien exposée et bien tendue est incisée couche par couche avec un bistouri conduit transversalement et bien parallèlement à la sonde uréthrale.

Lorsque l'incision a atteint deux centimètres de profondeur, un liquide trouble, visqueux, inodore, de couleur chocolat, s'écoule ; il en sort au moins un demi-litre. Soulagement immédiat. La malade est reportée dans son lit, le ventre comprimé. L'écoulement continue comme à une époque menstruelle ordinaire. Pour favoriser le retrait de l'utérus et l'expulsion continue du fluide accumulé, nous administrons, suivant l'avis de M. Verneuil, des doses fractionnées de seigle ergoté, 25 centigrammes en cinq doses, à deux heures d'intervalle.

Le 25, la nuit a été assez bonne ; à peine de coliques ; l'écoulement sanguin continue. A deux heures de l'après-midi, violent accès de fièvre, avec frisson, chaleur et sueur, ne se terminant que dans la nuit et laissant une grande prostration. Les mêmes accidents se renouvellent le lendemain à la même heure. Quelques coliques utérines, parce que l'écoulement de sang s'était arrêté ; un peu de diarrhée ; le ventre n'est ni ballonné ni sensible au toucher.

Le surlendemain 27, même accès, trois selles liquides. (50 centigrammes de sulfate de quinine administrés après l'accès et continués les jours suivants.) La fièvre ne revint plus (bains de siége, injections émollientes, bouillon, potages). La faiblesse est extrême ; l'écoulement devient séro-purulent.

Le 30 au matin, coliques expulsives très-intenses et comme avant l'opération ; elles durent de six heures du matin à midi, sans que le ventre néanmoins soit sensible ni ballonné ; elles se terminent par l'expulsion subite d'une grande quantité d'un liquide séro-purulent extrêmement fétide. — Potion calmante, injection avec la décoction de têtes de pavot. Les accidents se calment, et les jours suivants on alimente l'opérée.

L'examen au spéculum, le 2 octobre, montre une ouverture d'un centimètre de diamètre, qui donne issue à un liquide visqueux légèrement rosé. L'utérus est revenu sur lui-même. On continue à introduire la bougie et on la laisse à demeure une heure par jour. (Injection avec la décoction de feuilles de noyer ; régime fortifiant, promenades au grand air.) L'état général s'affermit les jours suivants.

Le 8 au matin, nouvel accès de fièvre intense précédé de coliques et ne se terminant que le soir par une sueur abondante. Tout se calme le lendemain. La faiblesse seule persiste.

Le 11, retour des règles annoncé par quelques douleurs lombaires. L'écoulement, un peu moindre que d'ordinaire, dure près d'une semaine et se fait régulièrement. La santé paraît rétablie, sauf un peu de diarrhée qui revient de temps en temps.

Le mois suivant les règles manquent ; la santé reste bonne ; une légère dyspepsie persiste.

Le 2 décembre, M. Ad. Richard, de passage à Montfort, examine notre malade ; il constate avec le toucher et le spéculum la persistance de l'ouverture artificielle, et y introduit une sonde.

Le 11, retour de la menstruation pendant les mois de janvier et février. Les symptômes gastriques, digestions lentes, pénibles, vomissements, se montrent encore. Les règles de leur côté font défaut ; nous craignons une nouvelle grossesse, que l'opérée nie. Sous l'influence des amers, du quinquina, du sous-nitrate de bismuth, la dyspepsie s'amende, et enfin l'écoulement menstruel reparaît le 1er mars.

L'observation qui précède est suffisamment explicite pour qu'un long commentaire soit superflu : le travail d'occlusion cicatricielle s'est effectué suivant les règles ordinaires, c'est-à-dire silencieusement et comme perdu au milieu des troubles généraux graves qui pendant cinq mois ont mis la vie en question.

De son côté, comme cela arrive souvent, la mortification de la paroi vaginale a été le résultat d'une inflammation violente des voies génitales, inflammation de mauvaise nature, spontanée en quelque sorte, et pouvant être attribuée plutôt à une mauvaise disposition de la malade qu'à des causes mécaniques évidentes, puisque le travail n'a point été long et qu'au huitième accouchement il n'était pas question d'étroitesse des parties ni de pressions exagérées de la part du fœtus. Toujours est-il que l'obstruction vaginale ne fut pas tout d'abord soupçonnée et que le diagnostic ne fut porté qu'au moment où les accidents de rétention devinrent alarmants, c'est-à-dire près de seize mois après la délivrance. Cette circonstance, qui se retrouve

dans un grand nombre de faits publiés, entraîne avec elle une conséquence fâcheuse, c'est la nécessité d'opérer dans la période même des accidents pressants, d'où la gravité beaucoup plus grande des suites; si le diagnostic était porté plus tôt, on pourrait au moins choisir son heure et profiter du moment qui sépare les congestions périodiques menstruelles. C'est pourquoi, lorsqu'à la suite d'accidents puerpéraux graves on reconnaît ou même on soupçonne le sphacèle des parois vaginales, il serait prudent d'explorer de temps en temps le canal vulvo-utérin pour prévenir ou du moins pour prévoir l'accomplissement de l'oblitération. La surveillance établie de la sorte, on ne laisserait pas la rétention parvenir jusqu'à ses degrés les plus dangereux.

Quoi qu'il en soit, il est certain que MM. L'Hoste et Descieux ont été forcés d'agir dans des conditions défavorables qui, plus que l'opération, sont responsables de la série des accidents redoutables que l'observation énumère. Ces accidents, qu'on ne peut rapporter ni à la métrite, ni à la péritonite, ni à l'infection putride, ni à la rétention persistante, ont revêtu la forme intermittente type et ont cédé rapidement à la première sommation du sulfate de quinine. C'est là un fait intéressant et qui prouve qu'il ne s'agissait pas non plus d'une phlébite, ni d'une pyoémie, sans quoi le médicament serait sans doute resté impuissant.

Dans le traitement consécutif, M. L'Hoste a bien voulu adopter deux préceptes que je préconise dans les cas de ce genre.

Le premier consiste à administrer le seigle ergoté à petites doses répétées, afin d'entretenir dans la paroi utérine distendue un certain degré de contraction qui, s'ajoutant à l'élasticité de l'organe, empêche la cavité de rester béante après l'évacuation du contenu.

J'ai mis ce moyen en usage, il y a trois ans, avec le plus grand succès, et je continue à le croire utile. Il suffit de le continuer vingt-quatre ou quarante-huit heures, et, dans ce laps de temps, il suffit en tout d'un gramme de seigle.

Le second précepte auquel je tiens beaucoup plus encore, c'est do de ne jamais placer de corps étrangers dans l'incision qu'on vient de pratiquer à la poche sanguine. Pendant les premiers temps, le liquide qui s'écoule empêche bien l'adhésion des lèvres de la plaie ; les jours suivants, l'introduction du doigt répétée deux ou trois fois par jour entrave assez la réunion, et pour la suite, on peut se contenter de passer matin et soir dans la plaie une grosse bougie conique en cire que la malade enfonce le plus profondément possible et qu'elle laisse en place au besoin une demi-heure à chaque séance. Cette dilatation temporaire, peu douloureuse, peu difficile, ne provoque d'inflammation ni dans la plaie ni dans la cavité sus-jacente, et elle assure

d'autant mieux la persistance de la voie artificielle que, de tous les conduits muqueux, le vagin est sans contredit celui qui peut subir impunément les plus larges pertes de substance sans s'oblitérer, grâce à la facilité et à la rapidité avec lesquelles ses plaies se recouvrent d'épithélium (1).

Ce qui donne de la valeur à l'observation de M. L'Hoste, c'est la permanence de la cure constatée cinq mois après l'opération. Nous n'avons pas toujours dans les grands centres l'occasion de suivre nos opérés, comme cela peut se faire dans les petites localités, et nous sommes involontairement exposés à méconnaître des récidives, et à proclamer des guérisons qui ne se confirment pas. Sous ce rapport, les praticiens de la province et de la campagne sont à même, bien plus qu'ils ne le soupçonnent en général, de servir la cause de notre art, en nous renseignant sur les suites éloignées des opérations. Nous ne saurions donc trop les encourager à nous aider dans cette voie, si féconde pour les progrès de la chirurgie moderne.

La seconde observation de M. L'Hoste est beaucoup plus ancienne. Sans être aussi rare que l'ont supposé les auteurs classiques, la guérison spontanée d'une perforation de la cloison vésico-vaginale est encore un fait exceptionnel. Théoriquement elle est proclamée impossible, ou au moins invraisemblable, par ceux qui pensent que le contact de l'urine empêche absolument la cicatrisation des plaies baignées par ce fluide. Mais théoriquement aussi, elle est acceptée par ceux qui protestent contre cette opinion erronée. Entre ces assertions contradictoires, les faits seuls pouvaient prononcer; depuis longtemps ils ont parlé.

Il est parfaitement démontré de nos jours que les perforations vésico-vaginales peuvent se fermer spontanément sans l'emploi d'aucun moyen adjuvant; mais l'interprétation de ces cas exceptionnels n'est pas encore suffisamment exposée. On croit encore que le hasard préside seul à cette heureuse terminaison. Tout au plus pense-t-on la favoriser par des moyens tels que le tampon ou la sonde à demeure, qui ont joui d'une grande réputation aujourd'hui fort amoindrie.

Il ne s'agit donc plus actuellement de discuter la possibilité ou

(1) Pour ce motif, et d'autres qu'il serait trop long d'exposer ici, le pronostic des oblitérations et des rétrécissements cicatriciels est beaucoup plus favorable dans le conduit vulvo-utérin que dans les autres cavités muqueuses, entre autres le rectum et l'anus, car les opérations chirurgicales y réussissent mieux et donnent plus de guérisons permanentes.

l'impossibilité du fait, mais de chercher les conditions de sa production dans le siége, l'étendue, la forme de la perforation. Il faut encore, après avoir étudié le mécanisme de l'occlusion spontanée, trouver les moyens de le favoriser, ou pour le moins de ne pas l'entraver par des manœuvres intempestives. Il convient enfin de juger définitivement les ressources plus ou moins illusoires qu'on a préconisées jusqu'à ce jour, et qu'on est allé jusqu'à décorer du nom de méthodes.

De nouvelles observations sont donc indispensables; mais elles n'avanceront la solution du problème que si elles fournissent les renseignements les plus circonstanciés sur la disposition de la solution de continuité et sur la marche du travail de cicatrisation. Or je ne crains pas d'avancer que jusqu'à ce jour les récits publiés sont insuffisants en ce qui touche la physiologie pathologique du processus curatif.

S'il m'était permis de diriger les observateurs à l'aide des données générales que fournit l'étude des fistules permanentes, j'énoncerais quelques courtes propositions sur la guérison spontanée des perforations vésico-vaginales. L'observation attentive aurait à confirmer ou à infirmer l'*à priori* théorique.

Je dirais donc :

1° Toute perforation vésico-vaginale peut être considérée comme une plaie annulaire.

2° Dans toute plaie annulaire, le travail de cicatrisation s'effectue dans deux directions : A, d'une lèvre muqueuse à l'autre ; B, de la circonférence au centre.

3° Si la cicatrisation marche vite dans le premier sens, et que les lèvres soient peu distantes, elles se rejoindront vite, se souderont et formeront un ourlet muqueux désormais invariable et permanent. La fistule établie pour toujours, la guérison spontanée ne sera plus possible.

4° Si, au contraire, la rétraction concentrique marche plus vite; si les lèvres sont distantes l'une de l'autre; si elles ne peuvent se rejoindre, ou si le froncement centripète met au contact des points non recouverts encore d'épithélium, l'oblitération du trou est sinon assurée, au moins très-probable.

5° Le chirurgien devra donc imiter ou favoriser le second procédé naturel, comme il imite et favorise le premier, lorsque, dans un but thérapeutique, il veut créer un orifice artificiel permanent.

Cette digression terminée, je vais vous faire connaître le fait qui l'a provoquée.

Primipare. — Léger rétrécissement du bassin. — Application du forceps. — Écoulement involontaire de l'urine vers le sixième jour. — Perforation de la paroi vésico-vaginale d'un centimètre de diamètre, siégeant à 4 centimètres de l'orifice vulvaire. — Occlusion spontanée, complète cinquante jours après l'accouchement. — Guérison confirmée plusieurs mois après (1).

La fille X..., âgée de vingt-sept ans, de petite taille (1 mètre 43 centimètres), frêle, peu développée, née dans le Morbihan, ne parle ni ne comprend le français. Elle ne peut donner aucun renseignement sur sa grossesse. Aucune trace de rachitisme; le bassin paraît à l'extérieur bien conformé; mais le toucher constate un léger rapprochement des ischions, d'où rétrécissement du détroit inférieur.

Entrée chez la sage-femme le 3 août 1862, elle fut prise dans la soirée de douleurs vives et rapprochées, qui ne purent cependant faire franchir à la tête le détroit inférieur. MM. Descieux et L'Hoste, appelés le lendemain, appliquèrent le forceps. La première tentative resta sans succès, à cause de la violence et de la continuité des douleurs. Une seconde application plus heureuse amena un enfant très-petit, très-chétif, mort depuis plusieurs heures. Il n'y eut qu'une légère déchirure du périnée.

La malade se rétablit assez rapidement, et les suites de couches, dans les premiers jours, ne présentèrent rien de particulier. Le sixième jour, toutefois, la sage-femme constata que l'hypogastre était un peu ballonné, sensible au toucher; que les parties génitales externes étaient rouges et douloureuses, et qu'enfin les urines s'échappaient involontairement par la vulve.

Le 13, la fille X... retourna chez ses parents, qui lui firent subir de mauvais traitements et la reléguèrent dans un grenier, où elle couchait sur la paille, parce qu'elle mouillait sans cesse son lit et ses vêtements.

Le 25, MM. Descieux et L'Hoste examinèrent cette pauvre fille. Sa chemise et ses jupons, imbibés d'urine, exhalaient une mauvaise odeur; les grandes et les petites lèvres, la partie interne et supérieure des cuisses, très-sensibles au toucher, étaient d'une rougeur érythémateuse. L'index, introduit dans le vagin, rencontre à la paroi antérieure de ce conduit, à 4 centimètres de l'anneau vulvaire, une ou-

(1) Cette observation a été brièvement mentionnée dans la séance du 24 septembre 1862. (Voir *Bulletin de la Société de chirurgie*, 2e série, tome III, page 431.)

verture carrée de 1 centimètre de côté, à bords épais, durs, arrondis. Si l'on porte en même temps par l'urèthre une sonde dans la vessie et qu'on dirige son extrémité en haut et en arrière, on l'engage sans peine dans l'ouverture anormale, et de là dans le vagin, où le doigt la rencontre aisément. Le spéculum confirme le diagnostic et montre les bords de l'orifice gonflés, rouges et arrondis en bourrelet.

Chaque fois que dans les jours suivants on introduit la sonde, on donne issue à quelques cuillerées d'urine, ce qui, joint à la profondeur de la perforation, prouve que la vessie est percée au-dessus du trigone.

M. Barrier (de Lyon), à notre demande, examina la malade le 2 septembre, et confirma de tout point le diagnostic. Il nous conseilla d'attendre, pour pratiquer la cautérisation, que les bords fussent dégorgés. En attendant, on fit les demandes nécessaires pour faire admettre cette malheureuse à l'hôpital de Montfort, et aucun traitement ne lui fut fait. Elle entra le 21 septembre. Le 22, M. Verneuil fut invité à son tour à explorer cette lésion. Le toucher, la sonde et le spéculum ne purent lui faire découvrir de perforation, et dans le point où nous l'avions constatée, on ne voyait plus qu'une surface rouge, bourgeonnante. Notre surprise fut grande lorsque nous arrivâmes au même résultat négatif, et que l'infirmière nous apprit que depuis qu'elle était entrée à l'hôpital, X... n'avait point mouillé son lit. M. Verneuil, moins étonné, conseilla de faire garder le repos à la malade et de la sonder très-fréquemment; mais elle ne se prêta pas à ce traitement, et resta néanmoins guérie, comme le démontra une injection de lait poussée par l'urèthre, le 8 septembre.

Depuis lors, ce résultat ne s'est point démenti. La fille X... resta plusieurs mois soumise à notre observation à l'hôpital même, où elle remplissait des fonctions assez fatigantes. Sa santé s'est rétablie, et la miction a repris sa voie naturelle.

Telles sont, Messieurs, les observations qui nous ont été adressées par M. le docteur L'Hoste. Je crois que vous les jugerez dignes d'être insérées dans nos *Bulletins*, et que par là vous encouragerez leur auteur à nous communiquer encore les faits curieux de sa pratique. Les médecins de campagne hésitent beaucoup à publier les cas qu'ils observent. Si nombreuses que soient leurs occupations, si fatigante que soit leur vie professionnelle, ils ne doivent pas oublier qu'ils doivent quelque chose à la science qui leur procure un état estimé et une existence honorable. Quelques-uns d'entre eux arguent de la pauvreté de leurs ressources scientifiques et de l'exiguïté de leur bibliothèque. En disant que leurs modestes travaux seraient dédaignés, ils

croient donner à leur insouciance une excuse que l'on ne doit pas accepter.

Leur rôle est tout différent du nôtre. A eux de nous donner des matériaux, à nous de les utiliser pour l'achèvement de la science, qui y trouvera bien son compte. J'ai l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser des remercîments à M. le docteur L'Hoste ;

2° D'insérer ses deux observations dans nos *Bulletins*.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. J'ai observé un cas d'oblitération du vagin dont le diagnostic a présenté des difficultés pour plusieurs personnes. C'était, en effet, un cas tout à fait insolite, et l'on comprend dès lors les incertitudes qu'il pouvait faire naître.

Voici cette observation :

Une fille d'une vingtaine d'années, bien constituée d'ailleurs, avait été réglée pour la première fois à l'âge de douze ans. Bientôt, sans cause connue, ses règles cessèrent, et elles ne reparurent qu'au bout de six ans.

A l'âge de dix-huit ans, son ventre avait grossi dans de telles proportions qu'on aurait pu croire à une grossesse. Son état général était devenu mauvais, et elle était tombée dans une sorte de cachexie séreuse.

L'examen du ventre nous montra un développement considérable. Il y avait, en outre, une tumeur bosselée au niveau du vagin. Si on cherchait à faire pénétrer le doigt, ou bien une sonde en gomme, jusque vers cette tumeur vaginale, on pénétrait dans un canal muqueux aplati d'avant en arrière, et ayant deux travers de doigt de largeur. Sa longueur ne dépassait pas 2 ou 3 centimètres. Au delà de ce canal, on promenait la sonde dans une cavité triangulaire occupant toute la région hypogastrique. Cette cavité était formée par la vessie, et le canal que l'on parcourait avant d'y arriver n'était autre que l'urèthre. Ces deux organes offraient donc une dilatation très-considérable, et c'est ce qui jetait de l'obscurité sur ce fait, parce que l'on prenait le canal pour le vagin et la vessie pour l'utérus dilaté. On était donc dans l'embarras pour déterminer la nature de la tumeur qui était à la place du vagin oblitéré. Mais il suffisait de réfléchir un instant pour rétablir les choses comme elles devaient l'être, et pour voir qu'il y avait là une oblitération du vagin avec une dilatation anormale des voies urinaires. Je fis la ponction de la tumeur vaginale au moyen d'un trocart; il s'écoula un liquide couleur chocolat assez abondant; le ventre diminua, il n'y eut pas d'accidents, et tout rentra dans l'ordre, sans opération autre que la ponction. Pour

ma part, j'ignorais que la vessie pût acquérir, ainsi que l'urèthre, des dimensions aussi considérables lorsqu'il y a oblitération du vagin.

Y a-t-il dans la science des faits analogues? Si mes collègues en connaissent, je les prie de les produire, et j'appelle la discussion sur ce sujet.

M. MOREL-LAVALLÉE. M. Chassaignac voudra bien me permettre de lui demander si la cause de cette dilatation des voies urinaires ne tenait pas à la compression que la vessie avait subie par la présence d'une tumeur formée derrière elle par l'utérus et le vagin distendus? La vessie se serait ainsi dilatée transversalement, ne pouvant pas se développer en arrière par suite de la distension utérine.

M. VERNEUIL. Je reconnais que le cas était embarrassant du moment que M. Chassaignac lui-même a eu quelques difficultés à établir son diagnostic au premier abord. A l'occasion d'un rapport que j'ai lu, il y a deux ans, devant la Société, j'ai dépouillé un grand nombre d'observations d'oblitération vaginale, et j'ai pu m'assurer qu'il en existe plusieurs dans lesquelles l'urèthre était dilaté au point de permettre l'introduction de deux doigts. Dans ces cas, il y a eu aussi des erreurs commises, mais elles étaient bientôt corrigées par l'examen et les rapports anatomiques.

Quant à la dilatation de la vessie, j'ignore si elle a été observée; mon attention n'a pas porté sur ce point.

Je finirai en demandant à M. Chassaignac si dans son observation il y avait rétention ou incontinence d'urine.

M. CHASSAIGNAC. La malade n'était pas constamment mouillée par l'urine, elle urinait volontairement. Ce qui jetait du doute sur le diagnostic, c'était, je le répète, l'ampliation de la vessie, fait que nous ignorions jusqu'alors.

M. VERNEUIL. J'ai employé le seigle ergoté après l'évacuation dans le but de combattre l'inertie utérine. Je crois avoir rempli une indication importante; je désire connaître l'appréciation de mes collègues sur cette application que je crois nouvelle.

M. BLOT. Je suis convaincu qu'il y a eu coït ou masturbation dans l'urèthre, et je ne puis m'expliquer autrement cette dilatation. Quant au diagnostic, je pense qu'il ne peut offrir de difficultés sérieuses si l'on examine attentivement. Je réponds à la dernière question de M. Verneuil, et je dis que son idée est bonne. Je suis d'autant plus persuadé que le seigle ergoté produira des contractions dans ces circonstances que j'admets la contractilité de l'utérus, même lorsqu'il est vide. Ne voyons-nous pas, en effet, des contractions utérines vé-

ritables dans la dysménorrhée membraneuse ? Les femmes qui ont accouché peuvent parfaitement comparer les douleurs qui accompagnent cette dernière affection et celles de l'accouchement. Or toutes s'accordent à reconnaître qu'il y a la plus grande similitude entre ces douleurs. Quand l'utérus a été dilaté par le sang, il est évident que le seigle ergoté le fera contracter et revenir sur lui-même. C'est donc une médication utile, bonne et logique. Quant à moi, je n'abandonne jamais une femme qui a eu un travail long sans lui administrer le seigle ergoté, et, dans ces conditions, je ne trouve jamais d'inconvénients à l'emploi de cet agent.

M. CHASSAIGNAC. Je me garderai bien de vouloir donner un conseil, cela n'est pas nécessaire; mais je ferai remarquer à M. Verneuil que chez la jeune fille dont j'ai parlé, après avoir placé un tube à drainage, l'utérus s'est vidé et n'est point resté inerte. Quant au seigle ergoté, je pense donc qu'on pourrait en retarder l'emploi jusqu'à ce qu'il fût démontré que l'utérus ne peut revenir sur lui-même.

Quant à l'explication proposée par M. le président, je l'admets volontiers.

— **M. LE PRÉSIDENT** met aux voix les conclusions du rapport, qui sont adoptées à l'unanimité.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. PRÉTERRE présente à la Société deux malades qui portent un appareil de son invention. Cet appareil a un avantage supérieur aux précédents ; il ne repose pas sur les dents ; on peut même lui adapter des dents, s'il en manque. Ces malades ont reçu neuf mois d'éducation. M. Préterre fait remarquer que l'application seule de l'appareil ne peut suffire pour qu'un malade puisse bien parler ; il lui faut une certaine éducation consécutive.

Les règles de cette éducation vocale seront ultérieurement publiées par M. Préterre.

M. CHASSAIGNAC soulève la question de savoir si la suture du voile du palais, suivie de l'éducation vocale dont il s'agit, peut donner lieu à des résultats aussi satisfaisants. (Commission : MM. Desormeaux, Béraud et Verneuil.)

— La séance est levée à cinq heures.

Pour le secrétaire, B. BÉRAUD.

Séance du 15 juillet 1863.

Présidence de M. DEPAUL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATION.

M. GIRALDÈS. Depuis un an, il était question dans les journaux d'Edimbourg d'une graine dont l'extrait placé entre les paupières faisait contracter presque subitement l'iris. Cette graine est la fève de Calabar, qui dans le pays est employée comme un poison d'épreuve. Dans une thèse soutenue à Edimbourg par le docteur Fraser, il signale le premier la propriété que possède la fève de Calabar de faire contracter la pupille. La plante avait été décrite par le doctéur Balfour, mais je crois que c'est le docteur Daniel qui le premier en a fait mention. Une goutte de solution de cet extrait, appliquée avec un pinceau à la face interne de la paupière, a fait contracter l'iris en dix minutes, et au bout de quinze le resserrement de la pupille était très-prononcé. La contraction a duré de vingt-quatre à quarante-huit heures.

On a déjà employé cet agent dans un cas de mydriase traumatique, et on a obtenu une contraction complète. Par suite de la contraction de l'iris, la vue se trouble, il se produit une myopie momentanée, très-probablement par suite d'un accroissement de sphéricité du cristallin sous l'action exagérée du muscle ciliaire.

M. REYBARD lit un travail sur le traitement de la fistule lacrymale.

Nouvelles considérations théoriques et pratiques sur la tumeur et la fistule lacrymales.

Je viens entretenir l'honorable Société de l'étiologie de la fistule lacrymale, parce que c'est dans l'interprétation plus vraie de ses causes que j'ai puisé les nouvelles indications thérapeutiques qui font le sujet de cette communication, et parce qu'il n'y a peut-être pas en nosologie une affection dont le traitement me paraisse plus arriéré. Les recherches d'anatomie pathologique ne l'ont point éclairée, car depuis qu'on s'en est plus particulièrement occupé, on n'a pas craint de lui opposer quelques-uns de ces moyens excentriques qui prouvent l'impuissance de l'art; je veux parler de l'extirpation de la glande lacrymale, de celle des points lacrymaux, de la destruction du sac lacrymal, etc.

On rapporte généralement la tumeur lacrymale à deux ordres de causes, à des causes mécaniques et à des causes inflammatoires.

On comprend aisément comment elle se développe sous l'influence de l'obstruction du canal par une cause mécanique, le polype des fosses nasales, l'exostose de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, etc.; mais on est loin de s'entendre sur la manière d'agir de la phlogose de la muqueuse du sac et du canal nasal, qui en est la cause ordinaire et qui la produit peut-être quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent.

Les anciens rapportaient toutes les fistules lacrymales à l'imperméabilité du canal, causée par le gonflement, l'hypertrophie de sa muqueuse, et ils ne regardaient l'inflammation que comme cause secondaire. Les modernes font au contraire jouer le rôle principal à l'inflammation, et non-seulement ils la considèrent comme la cause directe et unique, mais ils imaginent encore qu'elle détermine cette affection, non pas en rétrécissant ou en obstruant le canal, mais en mettant les parois du sac dans un relâchement, une atonie qui les empêche de réagir sur les larmes, lesquelles s'accumulent alors dans le sac et le dilatent.

Cette opinion me paraît être celle de tous les auteurs, qui croient que la fistule lacrymale peut se former sans qu'il y ait obstruction du canal nasal, parce qu'ils en ont rencontré un plus grand nombre dans lesquels ils ont pu aisément introduire une sonde cannelée.

Les partisans de cette opinon blâment même les anciens d'avoir confondu des affections d'une nature si différente et de causes si diverses, ainsi que le traitement uniforme auquel on les soumet. On pourrait tout aussi bien, disent-ils, traiter toutes les maladies de la vessie et de l'urèthre par la dilatation de ce dernier organe, que toutes les affections de l'organe lacrymal par la dilatation du canal nasal. Comment, dans la blennorrhée du sac et dans la hernie du sac, quoique dans ces deux affections le conduit nasal soit libre, comment considérer comme rationnel le traitement qui consiste à ouvrir le sac avec le bistouri et à enfoncer un stylet ou quelque autre instrument dans le nez? Ne désorganise-t-on pas de la sorte des parties qui ne sont cependant affectées que d'une simple sécrétion muqueuse dans un cas et d'un grand relâchement dans l'autre?

Supposez, dit M. Quartely (*J. offic. foringes medicine*, v. Ier, p. 293), que quelque charlatan vienne jurer au Palais qu'il a guéri cinquante ou cent cas de gonorrhée par l'ouverture de l'urèthre à travers le périnée, en passant une bougie d'arrière en avant, qui approuverait une pareille opération? Néanmoins, il n'est pas moins douloureux d'ouvrir le sac lacrymal et d'enfoncer une sonde dans le nez, lorsque

le canal nasal est parfaitement libre ou tout au plus légèrement rétréci par l'inflammation.

Quelle est de ces théories celle qu'il convient d'adopter? Suivant moi, toutes deux seraient erronées en même temps, parce qu'elles sont trop exclusives, et leur contradiction est plutôt apparente que réelle. Comme elles sont l'une et l'autre également dangereuses au point de vue pratique, si on les accepte d'une façon absolue, il est utile de les contrôler.

A mon avis, les anciens, en attribuant toutes les fistules lacrymales à l'imperméabilité du canal nasal, avaient raison; j'ajoute même qu'il ne peut se faire d'accumulation de larmes dans le sac qu'autant que son obstruction est complète. Ce conduit ne conserverait-il, en effet, qu'un diamètre égal à celui d'un des conduits lacrymaux, qu'il serait encore suffisant pour livrer passage aux larmes.

Mais comment se produit l'obstruction ou l'oblitération de ce conduit? C'est ce que les auteurs anciens ne me paraissent pas avoir assez bien compris; de là les déductions pratiques erronées qu'ils ont émises sur le traitement de la fistule lacrymale. En avançant qu'il suffisait de dilater le canal nasal pour en obtenir la guérison, ne sont-ils pas tombés dans une erreur qui permet de supposer qu'ils se sont fait une idée tout à fait inexacte de l'imperméabilité de ce conduit? Ou bien ils ont cru qu'il était plus souvent rétréci et oblitéré par le gonflement et l'hypertrophie de sa membrane muqueuse qu'il ne l'est réellement; ou bien ils se sont fait une fausse idée, ce qui est plus probable, de la manière dont les mucosités en opéraient l'obstruction. Par exemple, Boyer croit que pour l'obstruer les mucosités de la provenance de la muqueuse du sac ont besoin de s'épaissir, de se durcir; en un mot, qu'elles n'en opèrent l'obstruction que très-lentement, en se condensant et en se déposant pour ainsi dire couche par couche sur ses parois. Je suis loin de partager leur manière de voir sur ces deux points, ainsi que je le dirai bientôt.

Mais la tumeur lacrymale de cause inflammatoire peut-elle être attribuée à l'atonie du sac lacrymal, et peut-elle se manifester sans obstruction du canal nasal? Je ne saurais admettre cette opinion. On sait que la paroi externe du sac, en partie fibreuse, n'est ni extensible ni contractile. Eh bien, je ne comprends pas comment la membrane muqueuse qui la double en dedans pourrait en opérer le relâchement et l'atonie lorsqu'elle est enflammée; mais je veux admettre pour un moment que cet état pathologique puisse être la conséquence de cette phlogose, je ne vois pas encore comment on pourrait le considérer comme la cause de rétention et d'accumulation des larmes dans le sac, et de la dilatation de celui-ci. Quelles que soient, en

effet, les lois qui président à leur circulation, il répugne de croire que les larmes qui ont passé à travers les conduits lacrymaux puissent s'arrêter et s'amasser dans une cavité en communication directe, par sa partie la plus déclive, avec un canal toujours béant et vingt fois plus large.

Pour que cette accumulation eût lieu, il faudrait admettre ou que les parois du sac jouissent de quelques propriétés vitales capables de retenir les larmes, ou qu'une force physique attractive les retînt, en luttant avec énergie contre les lois ordinaires de la pesanteur. Or, quelles pourraient être ces propriétés vitales ou physiques? Je n'en connais aucune capable de produire de tels effets.

Mais, disent les ophthalmologistes modernes, comment attribuer les tumeurs lacrymales à l'obstruction du canal nasal, lorsque dans la plupart de ces affections ce conduit est réellement libre? La liberté de ce conduit n'est-elle pas démontrée, disent-ils, par le passage des larmes et des mucosités dans le nez pendant la compression de la tumeur lacrymale? N'est-elle pas démontrée par le cathétérisme, et surtout par la récidive de la maladie après son traitement par la dilatation? Enfin ne possède-t-on pas des observations d'oblitération du canal sans dilatation du sac lacrymal? Examinons successivement si ces différents faits peuvent être considérés comme autant de signes de la liberté du canal nasal, et comme autant de preuves que la tumeur lacrymale peut se produire sans que ce conduit soit obstrué.

A. L'introduction facile du stylet, de la sonde ou de la canule de Dupuytren ne peut nullement être regardée, ce me semble, comme une preuve de la perméabilité du canal nasal. En effet, si celui-ci est simplement bouché par des mucosités, et si ces mucosités sont demi-fluides, comme nous le dirons bientôt, on conçoit que ces instruments doivent le traverser avec autant de facilité que s'il était réellement libre.

B. C'est mal à propos qu'on a considéré le passage des larmes dans le nez, pendant la compression de la tumeur lacrymale, comme un signe de la perméabilité du canal. Cette migration prouve seulement que le conduit nasal est obstrué par un bouchon de matière demi-fluide facile à déplacer.

C. Ce n'est pas avec plus de raison qu'on a considéré la récidive de la tumeur lacrymale, traitée par la dilatation, comme une preuve qu'elle peut se développer sans qu'il y ait obstruction du canal nasal, car dans ces cas il n'y a aussi de récidive que parce que le canal est de nouveau obstrué par les mucosités.

D. On a encore dit que c'était la lésion inflammatoire, bien plutôt que l'obstruction du canal nasal, qui était la partie essentielle de la

tumeur lacrymale et qui en faisait le trait caractéristique, parce qu'on a rencontré des cas d'oblitération sans dilatation des parois du sac (Denonvilliers, Gosselin, *Compendium de chirurgie*, t. III, p. 194). Mais ces cas, infiniment rares, prouvent seulement ou que la paroi externe du sac, qui est entièrement fibreuse, se laisse difficilement dilater, ou que les conduits lacrymaux, ayant acquis plus de développement, laissent échapper plus facilement les larmes contenues dans le sac. Ne voit-on pas tous les jours des malades atteints d'épiphora et de tumeurs lacrymales au premier degré pendant de nombreuses années, sans dilatation apparente du sac ?

Nouvelle théorie sur l'imperméabilité du canal nasal. — L'inflammation nous a paru déterminer la tumeur lacrymale de deux manières différentes, en rétrécissant le canal nasal et en l'obstruant.

Le canal nasal étant incompressible, l'inflammation de sa muqueuse doit forcément en diminuer le diamètre, puisque dans cet état elle augmente toujours d'épaisseur. Toutefois son resserrement par cette cause n'est jamais considérable ; à peine cite-t-on quelques exemples d'oblitération due au gonflement et à l'hypertrophie de cette membrane.

Si toutes les tumeurs lacrymales débutent par la phlegmasie de la muqueuse du sac lacrymal, si cette membrane renferme des follicules muqueux et si la phlogose a pour effet la sécrétion d'un mucus glaireux, visqueux, qui n'est pas nuisible aux larmes, je ne mets pas en doute que ce ne soit ce mucus qui obstrue le canal nasal dans ces affections. Suivant moi, il s'obstrue d'emblée, à la manière d'un corps gluant. D'un côté, on peut ainsi concevoir la récidive des tumeurs lacrymales traitées par la dilatation du canal ; on peut, d'autre part, rapporter à l'obstruction de ce conduit celles de ces affections dans lesquelles on a cru l'avoir trouvé perméable, parce qu'on l'a traversé sans résistance avec une sondé cannelée, etc.

D'après la nature de l'obstruction du canal, j'ai admis deux espèces de tumeurs lacrymales de cause inflammatoire : à l'une, j'ai donné le nom de tumeurs lacrymales par engouement ou par obstruction du canal ; à l'autre, celui de tumeurs lacrymales par rétrécissement, ou par oblitération de ce conduit. Les premières, celles dans lesquelles les auteurs s'imaginent que le canal n'est ni rétréci ni obstrué, sont de beaucoup les plus fréquentes ; les secondes doivent être très-rares, puisque, à une époque encore peu éloignée de nous, toutes les tumeurs lacrymales étaient traitées par la canule de Dupuytren, sans dilatation préalable.

Très-souvent ces deux causes d'imperméabilité sont réunies, c'est-à-dire qu'il y a à la fois resserrement du canal par le gonflement de

sa muqueuse, et obstruction par les mucosités. Il est très-difficile de distinguer ces deux espèces de tumeurs lacrymales ; néanmoins, lorsque la compression exercée de haut en bas chasse les larmes et les mucosités dans les narines, lorsque les injections dans le sac faites par les points lacrymaux y sont également chassées pendant cette manœuvre, on peut s'assurer que le canal est simplement obstrué. Dans le cas contraire, on peut craindre qu'il ne soit rétréci et oblitéré. Mais ne serait-il possible de distinguer ces affections qu'après avoir ouvert le sac lacrymal, que leur distinction n'en conserverait pas moins encore toute son importance au point de vue pratique.

J'ai cru devoir m'appesantir longuement sur la question étiologique de la tumeur lacrymale de cause inflammatoire, parce que les théories étiologiques réagissent ici comme toujours sur la thérapeutique. Les partisans exclusifs de l'inflammation ne voient que les antiphlogistiques ; les partisans de l'obstruction ne songent qu'aux corps dilatants : les uns et les autres ont tort. L'inflammation se reproduira sans cesse, parce qu'elle est entretenue par l'obstruction ; l'obstruction reparaîtra tant que la phlogose n'aura pas été efficacement combattue.

Le seul moyen de sortir de ce double cercle vicieux, c'est de se rappeler que l'inflammation de la membrane muqueuse du sac lacrymal et du canal n'est pas la cause directe ; mais la cause éloignée de la tumeur lacrymale ; que la cause directe, c'est l'obstruction du canal nasal ; que le corps obturant est le mucus catarrhal fourni par la membrane du sac. Ce mucus, quoique demi-fluide, suffit pour obstruer d'emblée le canal nasal, sans qu'il soit même rétréci par le gonflement de sa muqueuse; que l'obstruction par cette cause, en apparence légère, est suffisante pour s'opposer au passage des larmes dans le nez, les retenir dans le sac et en opérer la dilatation ; que la rétention de ces matières dans le sac est pour sa muqueuse une cause incessante d'irritation ; que cette irritation est suffisante pour y perpétuer l'inflammation à l'état chronique.

D'après notre théorie, la thérapeutique de la tumeur lacrymale doit nécessairement varier suivant que le canal est simplement obstrué par des mucosités, ou qu'il est rétréci ou oblitéré par le gonflement hypertrophique de sa muqueuse : de là deux modes de traitement répondant chacun à un état pathologique distinct. L'un par les cathérétiques et l'autre par la trépanation de l'unguis avec mon emporte-pièce.

Les altérations qu'on observe dans la tumeur lacrymale sont variables, selon l'intensité, l'ancienneté de l'inflammation, la constitution de l'individu, etc. La vascularisation, la rougeur, le gonflement, le

ramollissement, l'ulcération, peuvent s'y observer seuls ou combinés, suivant les cas. Du côté du canal, qui est incompressible, j'ai déjà dit que sa muqueuse en s'épaississant devait en rétrécir un peu le diamètre; mais ce rétrécissement inflammatoire deviendrait rarement cause de tumeur lacrymale sans le bouchon muqueux dont il a déjà été question. Quoique ce bouchon soit mou et visqueux, il est néanmoins le plus souvent impossible de le déplacer et de le faire passer dans la narine en comprimant le sac. C'est donc à tort qu'on a invoqué le passage des larmes dans le nez pendant cette manœuvre comme une preuve de la perméabilité du canal. Le plus souvent, en effet, pendant cette compression, les larmes et les mucosités refluent par les points lacrymaux.

La dilatation du sac est très-variable. En général, la tumeur lacrymale n'a que le volume d'un haricot. On en a vu de la grosseur d'une petite noix.

La compression exercée sur la tumeur, en chassant les liquides par les points lacrymaux, montre assez ce qu'est le contenu du sac. Ce sont d'abord des larmes qui s'écoulent, puis une matière puriforme, et en dernier lieu un mucus filant, glaireux, plus ou moins consistant. Dans quelques cas, le contenu n'est qu'un mucus semblable à du blanc d'œuf, d'où le nom de mucocèle qu'on a donné à la tumeur.

L'ordre dans lequel ces liquides apparaissent n'a pas assez fixé l'attention; on n'en a pas conclu, comme on devait le faire, que les matières contenues dans le sac y sont disposées dans l'ordre de leur densité, et que le mucus occupant les parties déclives s'y trouve placé de la manière la plus favorable à l'oblitération du canal nasal.

Traitement par les cathérétiques. — Dans ce traitement, il n'est pour ainsi dire pas question d'opération. J'incise simplement le sac lacrymal dans toute sa longueur, et, après en avoir dilaté l'ouverture avec de l'éponge préparée, j'y introduis, ainsi que dans le canal nasal, les modificateurs qui doivent agir directement sur la muqueuse de ces parties pour en amener la résolution. Voici comment je procède à cette opération :

Incision du sac. — Le sac est divisé avec le bistouri au-dessous du tendon palpébral, jusqu'à sa partie la plus déclive, suivant la méthode de J. L. Petit; il est ensuite divisé supérieurement dans le reste de son étendue avec le même instrument conduit sur la sonde cannelée. Dans ce dernier temps, l'incision comprend le tendon du muscle palpébral.

Après l'incision, j'explore immédiatement le canal nasal, soit avec une sonde cannelée, soit avec un stylet boutonné en baleine; j'en ai

de plusieurs grosseurs. Si cette exploration trouve le canal libre, j'introduis aussitôt dans le sac un morceau d'éponge préparée à la corde, graissé de cérat, que j'y laisse deux heures. Cette éponge doit avoir assez de volume pour remplir le sac et pour en dilater l'ouverture. Lorsqu'elle est introduite, j'applique sur la plaie un plumasseau de charpie et une compresse fine imbibée d'un mélange d'eau de rose et d'eau blanche. Ces pièces de pansement, souvent renouvelées, sont soutenues par un monocle.

Le lendemain, je retire l'éponge préparée, et je profite de la large ouverture qu'elle a donnée à la plaie pour faire dans le canal nasal et dans le sac les applications jugées nécessaires.

Lorsque le canal n'est pas rétréci, j'y introduis simplement, et une fois pour toutes, une bougie de corde à boyau, graissée d'onguent basilicum, et roulée sur 2 ou 3 centigrammes de poudre d'azotate d'argent. Cette bougie est aussitôt retirée, c'est-à-dire au bout de quelques secondes, parce qu'il ne s'agit pas ici de détruire, mais seulement de modifier la vitalité de la membrane muqueuse.

J'ai porté le caustique dans le sac lacrymal suivant deux procédés : Dans le premier, c'est avec un morceau d'éponge ordinaire que je l'y introduis. Dans ce cas, l'éponge, d'abord graissée avec l'onguent basilicum, est ensuite roulée sur la poudre d'azotate d'argent. Lorsque la dose du caustique employé est minime, et de 5 ou 6 centigrammes seulement, on peut sans inconvénient ne retirer l'éponge que douze heures après son introduction. Dans le cas contraire, on devra la retirer au bout d'une demi-heure ou d'une heure.

Dans le second procédé, c'est en touchant avec le crayon de nitrate d'argent toute la surface du sac que j'ai directement agi sur la muqueuse.

Dans ce cas, j'ai employé ce caustique comme on l'emploie dans les plaies ulcéreuses dont on veut réprimer les chairs. Ce procédé est plus simple que le premier, et doit lui être préféré.

Pour éviter l'accident qui pourrait résulter de la cassure de la pierre infernale, j'ai fait préparer un crayon de nitrate pour cet usage particulier. Il est traversé dans le sens de sa longueur par une tige en métal d'argent. Pour le préparer, on place cette tige dans la lingotière avant d'y verser le caustique en fusion.

Après la cautérisation avec le crayon de nitrate, on absorbe avec des boulettes de charpie les humidités qui proviennent de la fonte du caustique, afin d'en diminuer les effets sur les parties les plus déclives du sac.

Après un pansement cathérétique, on en fait de simples avec deux morceaux d'éponge ordinaire, dont l'un, graissé d'onguent basili-

cum, est porté dans le sac, qu'il remplit sans le distendre; le second, moins volumineux, graissé de cérat, est placé entre les lèvres de la plaie.

Lorsque, à la suite de quelques-uns de ces pansements simples, l'éponge qu'on retire du sac est encore chargée de mucosités, on se décide à faire une nouvelle cautérisation, dans ce cas, on dilate de nouveau un peu la plaie avec de l'éponge préparée, afin de pouvoir introduire le caustique plus facilement.

Deux jours après l'opération et après chaque pansement, je fais habituellement tenir sur la plaie des cataplasmes émollients faits avec de la mie de pain cuite dans le lait. Ils sont arrosés avec l'eau végéto-minérale, et renouvelés toutes les deux heures. Ces applications sont nécessaires pour prévenir et pour combattre l'inflammation des parties.

L'azotate d'argent n'est pas le seul modificateur que j'ai employé dans ce cas. J'ai fait usage de la teinture d'iode et d'un mélange de sulfate d'alumine et de sulfate de cuivre.

Les caustiques pulvérulents sont répandus sur un morceau de verre en couche très-mince. De cette manière ils sont absorbés également par toutes les parties de l'éponge, et ils agissent uniformément sur tous les points de la muqueuse.

J'ai rarement employé plus de 5 ou 6 centigrammes de nitrate d'argent dans chaque cautérisation. Je ne saurais trop recommander de l'employer à petites doses; car, je le répète, on ne doit s'en servir que pour modifier la vitalité des parties, et il vaut mieux en multiplier les applications que d'en faire une trop forte.

On reconnaît que les surfaces altérées ou phlogosées ne sont plus malades à la qualité et à la quantité de mucus puriforme qui est sécrétée, et dont sont chargés les morceaux d'éponge retirés du sac. Lorsqu'ils ne sont plus baignés par ce mucus, on peut cesser les pansements, parce que la muqueuse a été heureusement modifiée.

Je n'ai pas besoin de dire qu'il est nécessaire de seconder le traitement chirurgical par une médication appropriée à la nature de l'affection interne, lorsque celle-ci tient sous sa dépendance l'état local.

Je termine ce que j'ai à dire sur ce mode de traitement, en déclarant que je lui dois huit guérisons sur huit opérés; que je le crois le plus rationnel et le seul convenable pour les cas de tumeurs lacrymales par obstruction du cal. Il est en outre très-simple, parce que les manœuvres qu'il comporte sont en petit nombre et qu'on n'a pour ainsi dire pas à se préoccuper des détails d'une opération réglée. Enfin, il est expéditif, puisqu'il peut procurer la guérison en moins

de huit jours. Je le crois même sans inconvénient, si on fait un usage bien entendu et modéré des agents modificateurs.

Dirai-je comment agissent les cathérétiques ? On sait peut-être mieux qu'on ne pourrait l'expliquer qu'ils guérissent en modifiant la vitalité des parties ; qu'ils remédient aux altérations qu'elles ont éprouvées, soit dans leur texture, soit dans leur sensibilité, en transformant leur phlogose chronique en une phlogose aiguë, qui se termine par résolution : c'est donc une méthode perturbatrice ou substitutive, comme on voudra l'appeler.

M. le docteur Reybard dit qu'il possède à l'appui de son mémoire huit observations de tumeurs et fistules lacrymales guéries par les cathérétiques.

M. VOILLEMIER regrette que M. Reybard n'ait pas joint à son mémoire les observations des huit malades dont il a parlé.

M. REYBARD. J'avais voulu éviter de donner à mon travail des dimensions trop considérables ; mais il me sera facile d'ajouter les huit observations.

M. GIRALDÈS. La cause des tumeurs et des fistules lacrymales n'est pas unique, et ce n'est pas toujours l'inflammation qui joue le principal rôle ; chez les scrofuleux, l'état fongueux de la muqueuse, du périoste, l'altération des os, entretiennent la maladie, et on n'obtiendra rien par les cautérisations, si on ne modifie pas avant tout l'état général. On a d'ailleurs dans la dilatation du canal par les différents stylets, celui de Bowmann, par exemple, un excellent moyen dont on complète l'action par les injections dans le canal. J'avoue que j'hésiterais à ouvrir le sac avec le bistouri en pareil cas, parce que je craindrais de déterminer l'atrophie de la muqueuse et favoriser la nécrose. Je crois que M. Reybard a tort de considérer l'inflammation comme la cause ordinaire de la fistule lacrymale ; cette cause est rare, et c'est l'hyperémie qui le plus souvent produit et entretient la tumeur lacrymale.

M. REYBARD. J'ai posé la question d'une manière générale ; je ne nie pas les complications ; j'ai signalé la tuméfaction, le ramollissement de la muqueuse ; j'ai insisté sur l'obstruction du canal par un bouchon muqueux, et j'ai dit qu'alors il ne suffisait pas de dilater, qu'il fallait modifier la muqueuse.

M. VOILLEMIER fait observer que le moyen proposé par M. Reybard de modifier la muqueuse du sac lacrymal et du canal nasal date de loin. C'est un moyen bon en lui-même, mais seulement comme adjuvant; car M. Reybard lui-même met en usage la dilatation par un moyen de corps qu'il enduit de poudre cautérisante. Or, dans beaucoup

de cas, la dilatation employée pendant quelques jours suffit pour amener la guérison. Il a pu voir ces jours derniers plusieurs cas de ce genre dans mon service. Mais je ferai surtout observer que toutes les fistules lacrymales sont loin de se présenter dans les mêmes conditions. Si le plus grand nombre peut être guéri par un traitement assez simple, il en est qui sont extrêmement rebelles. Pour bien juger le traitement de M. Reybard, et surtout les résultats, il serait désirable qu'il joignît à sa communication les observations qui lui servent de base.

M. REYBARD. Je n'emploie la cautérisation que comme moyen modificateur de la muqueuse.

M. BOINET. J'ai deux fois guéri des tumeurs lacrymales avec la teinture d'iode, sans incision du sac ; je plaçais dans l'angle interne de l'œil un bourdonnet de charpie imbibée de teinture, et je faisais un badigeonnage sur le trajet du canal.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'emploie aussi la teinture d'iode dans le traitement des tumeurs lacrymales, mais je l'injecte par les points lacrymaux, et cela n'a pas l'inconvénient d'irriter la conjonctive. J'ai dans ce moment deux malades que je traite ainsi.

M. FORGET. Je crois être le premier qui ait fait usage de la teinture d'iode dans le cas de fistule lacrymale. J'ai obtenu par ce moyen deux guérisons, dont l'une est mentionnée dans l'ouvrage de M. Boinet.

LECTURE.

M. DEBOUT lit une note sur l'*Emploi des enveloppes des moignons*, et les services qu'elles rendent pour le jeu des appareils prothétiques.

Dans les essais auxquels ils se livrent pour améliorer les appareils destinés à suppléer les fonctions du membre inférieur, les fabricants se préoccupent trop exclusivement des données mécaniques du problème. Bien que ce point domine la question et qu'il soit impossible d'assurer la station et la marche d'un amputé sans y avoir satisfait, il n'est pas le seul, et certains artifices, pour avoir seulement une action secondaire, n'en ont pas pour cela une moindre valeur. C'est sur l'un d'eux, l'emploi des enveloppes des moignons des amputés et les services qu'ils rendent pour le jeu des appareils prothétiques, que je désire appeler l'attention de la Société.


Fig. 1.

Sans vouloir aborder le côté historique de ces tentatives, je dois faire remarquer cependant que l'importance de ce secours n'a pas échappé à la sagacité du chirurgien qui, le premier, s'est occupé de la construction d'une jambe artificielle réellement utile. Ainsi le modèle de jambe créé en 1696 par Verduin ne remplissait pas seulement les conditions principales du problème mécanique, mais encore il mettait à profit l'usage d'un bas en peau de chamois qui, remontant jusqu'à la partie supérieure du membre, était fixé et maintenu par le cuissard et tenait le moignon suspendu (fig. 1).

Je ne reviendrai pas sur la disposition ingénieuse de cet appareil que j'ai décrit et représenté ailleurs (1). On sait que Louis, dans son rapport à l'Académie de chirurgie, méconnaissant la portée des enseignements fournis par Verduin, repoussa et la méthode opératoire formulée par ce sagace chirurgien et le modèle de jambe qu'il avait inventé.

L'appareil de Verduin reposait sur cet excellent principe, qu'il faut toujours chercher un point d'appui sur le segment du membre placé au-dessus de celui qui a subi la mutilation. Louis le rejeta, et, rappelant la disposition des condyles du tibia, il ajoutait : « Le volume de la partie supérieure de cet os permet d'ajuster la machine de façon qu'elle donne sous l'apophyse un point d'appui circulaire, sur lequel le poids du corps pourra être soutenu. »

La puissance qu'avait à cette époque le principe d'autorité fit qu'on abandonna désormais le modèle de Verduin pour revenir à celui de Van Sollingen, qui prenait exclusivement son point d'appui autour des condyles du tibia. Tous les chirurgiens du dix-huitième siècle, ceux de l'Italie, de l'Allemagne, de l'Angleterre, comme ceux de la France à partir de Ravaton, s'efforcèrent de faire marcher leurs amputés de la jambe avec des appareils prenant leur point d'appui autour du genou.

Aucune de ces bottines, malgré leurs formes variées, n'est entrée dans la pratique, et même plus d'un siècle se passa en essais infruc-

(1) Enquête sur la valeur des jambes artificielles destinées aux amputations sus-malléolaires. (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LVIII.)

tueux sollicités par le jugement de Louis. Il est cependant deux tentatives que nous devons signaler ici, car, si elles ont abouti en partie, ce résultat est dû à l'addition du bas de peau conseillé par Verduin et que l'on a fait remonter dans un de ces cas jusqu'à la ceinture.

En 1811, un ingénieux fabricant de Wurzbourg, Heine, eut à faire une jambe artificielle pour une jeune fille amputée par le professeur Siebold; l'opération avait été pratiquée trois pouces au-dessus des malléoles. Pour prévenir le froissement de la cicatrice par le fond de l'appareil, le fabricant embrassa le moignon dans un bas lacé, garni à sa partie supérieure de deux coussins qni prenaient leur point d'appui sur le bord supérieur de la bottine. Heine ajoute : « La malade alla bien à la suite de cette modification; seulement, lorsque l'enveloppe du moignon n'était pas lacée également, la peau de la surface d'amputation était tiraillée, ce qui provoquait des douleurs. Il importe donc beaucoup de serrer également le lacet.

Ce fabricant publie une seconde observation. Elle a pour sujet un cordier, âgé de trente ans, qui avait été amputé à dix-sept ans, mais beaucoup plus haut que la jeune fille. Cet homme avait essayé de porter des jambes artificielles, et, n'ayant pas réussi dans ses essais, il était revenu à l'usage du pilon. Le 10 avril 1811, Heine lui appliqua une jambe artificielle construite sur le même modèle; mais, comme le moignon était très-court, il ajouta deux ressorts à ceux qui faisaient mouvoir le pied artificiel. De plus, nous voyons, dans le dessin de son appareil, que l'enveloppe en peau du moignon embrasse toute la cuisse et va se fixer autour du bassin.

L'ingéniosité des malades les conduit quelquefois à trouver spontanément l'usage des mêmes ressources. Le cas le plus remarquable est le suivant, que j'ai publié dans mon enquête sur les jambes artificielles.

« M. G..., âgé de vingt-cinq ans, entre à l'hôpital Saint-Pierre de Louvain pour une gangrène des deux pieds provoquée par l'immersion de ces parties dans de l'eau de lessive très-chaude. Quelques semaines plus tard, le 8 décembre 1845, une double amputation susmalléolaire lui est pratiquée par le professeur Michaux. Lorsque les plaies des moignons sont cicatrisées, l'hôpital fournit à cet intéressant mutilé deux membres artificiels construits par M. Bonnels aîné, fabricant à Bruxelles, sur le modèle de celui de Mille (d'Aix); pendant quinze ans cet homme a marché avec ces appareils, mais au bout de ce temps il a fallu les remplacer, et l'administration hospitalière s'est refusée à un nouveau sacrifice. G... s'est donc vu forcé de se créer un modèle de jambes moins dispendieux, car il est tailleur dans un village. Ce mutilé s'est ingénié de se faire fabriquer, par le sabotier du

lieu, une paire de bottes en bois léger : celles-ci sont évasées à leur partie supérieure comme les bottes des soldats de grosse cavalerie, afin de prendre un point d'appui au-dessous du genou, autour des condyles du tibia. Les pieds de ces appareils ne sont pas mobiles à leur point de jonction avec la jambe ; c'est donc la bottine de Van Sollingen, ou la partie inférieure de la jambe de Verduin. Le mouvement des articulations tibio-tarsiennes étant moins indispensable pour la progression que celui des articulations des genoux, cet homme marche à l'aide de ses deux bottines en bois. Mais combien de temps peut-il le faire, quelle distance peut-il parcourir , c'est ce que nous ne pouvons dire. »

Depuis que nous avons publié cette observation, nous avons vu G..., que M. Michaux a eu l'obligeance d'amener à une séance de l'Académie de médecine de Belgique, à laquelle nous avions l'honneur d'assister. Cet homme avait fait trois lieues à pied pour se rendre à l'invitation de M. Michaux. La peau du pourtour de ses genoux, région sur laquelle les bottines prenaient leur point d'appui, était rouge et légèrement douloureuse. Cependant il se disposait à retourner chez lui de la même façon. Sa marche n'est point disgracieuse, et, sur le parquet de la salle de l'Académie, elle avait lieu sans l'aide d'une canne. Si G... a pu faire usage de membres artificiels réduits à la partie jambière, il le doit à l'emploi d'un caleçon de forte toile qui embrasse les deux tronçons des membres abdominaux. Les extrémités des jambes de ce caleçon sont fixées aux bottines et garnies de coussins pour atténuer les frottements.

Cet homme, exerçant le métier de tailleur, passe la plus grande partie de ses journées assis, ce qui explique qu'il puisse se contenter de ces bottines. Toutefois, il ne s'effraye jamais de franchir les trois lieues qui le séparent de Bruxelles, et y vient faire ses achats.

Dans les cas ci-dessus, l'enveloppe des moignons joue le rôle d'un hamac suspenseur, elle agit de bas en haut ; nous allons la voir maintenant agir de haut en bas, et son secours devenir plus précieux encore pour les mutilés.

Lorsque l'amputation a dû être pratiquée tout à fait à la partie supérieure du membre abdominal, et surtout dans les cas de désarticulation de la cuisse, les données du problème mécanique sont telles, que longtemps les chirurgiens ont désespéré de faire marcher leurs mutilés avec un autre appareil que le pilon-sellette. Cet appareil est constitué par une tige de bois à la partie supérieure de laquelle est posée une espèce de godet peu profond sur lequel repose le moignon ; de la partie externe de cette cuvette s'élève un montant garni d'une ceinture qui se fixe autour du corps du mutilé.

Les inconvénients de ce modèle étaient trop considérables pour qu'on ne cherchât pas à mieux faire. En effet, le point d'appui étant peu étendu, l'appareil se déplace facilement, et, pendant la progression, le mutilé est forcé de le conduire avec la main à l'aide d'une poignée fixée à la cuvette. La station assise, le corps portant sur les deux ischions, n'est possible qu'autant que l'appareil est enlevé ; si le corps porte sur un seul ischion, la cuvette se déplace, et il faut la remettre avant d'essayer un pas.

Au savant inspecteur du service de santé do la marine, Fouilloy, revient l'honneur d'avoir créé le premier modèle de jambe artificielle destiné aux amputés qui ont subi la désarticulation de la cuisse. Ce chirurgien est parvenu à son but en donnant à la cuvette de l'appareil des dimensions assez considérables pour qu'elle embrassât tout le côté du bassin correspondant au membre amputé. « Pour suppléer dans son mécanisme le membre naturel, il faut, dit Fouilloy, que les moyens de prothèse embrassent tout l'espace qu'occupaient les agents contractiles qui maintiennent l'équilibre. Or, l'espace dont il s'agit ne se réduit pas à la circonférence cylindrique de la cuisse ; il comprend la surface du bassin à laquelle sont insérés les muscles qui, pendant la station et la locomotion, assurent un rapport normal entre les os des îles et le fémur. Selon cette vue, nous avons élargi et rendu ovalaire la cuvette qui reçoit la région ischiatique ; nous lui avons donné 18 centimètres 1/2 d'avant en arrière et 16 centimètres 1/2 de dedans en dehors. De la partie externe s'élève un rempart moulé sur les régions iliaque et fessière, en sorte que les neuf dixièmes de la moitié correspondante du membre s'emboîtent exactement dans sa courbe. Les tiges métalliques destinées au prolongement du membre se fixent aux extrémités du diamètre transversal de la cuvette ; elles descendent en se rapprochant et communiquent à l'ensemble des pièces l'apparence d'un cône renversé, ce qui est aussi la forme du membre naturel, abstraction faite du pied (fig. 2).

« La pièce principale qui s'adapte au bassin est fortement assujettie par cinq courroies : les deux premières, B, font l'office de ceinture en passant au-dessous de la crête iliaque ; les deux autres concourent au même but, mais sont placées plus haut vers le thorax ; la cinquième, C, descend de l'aisselle pour se boucler à la partie moyenne du bord supérieur du rempart. Nous n'avons pas hésité à sacrifier la légèreté à la solidité ; la charpente de l'appareil est en acier, et nous l'avons rendue assez forte pour résister longtemps aux secousses violentes qui se renouvellent incessamment pendant la marche. Cependant le poids total n'excède pas 3,355, qui ne représentent pas tout à fait la moitié du poids du membre naturel. La jambe mécanique

de M... pèse 2k,625 ; la différence n'est donc que de 710 grammes.

Fig. 2.



» Où trouver le principe du mouvement ? On tenterait en vain de l'emprunter à l'os innominé, qui lui-même est immobile. Nous l'avons cherché dans les articulations des vertèbres, à la région dorso-lombaire, et dans les muscles puissants qui vont de la poitrine au bassin. Il nous a fallu lier notre appareil au thorax, et surtout aux épaules, au moyen d'un corset doublé. »

Tel est le modèle de l'appareil prothétique créé par Fouilloy. Des modifications heureuses y ont été apportées déjà par M. Charrière et plus récemment par M. le professeur Arlaud (de Toulon); elles ont affranchi les mutilés de la nécessité de faire usage de ce corset doublé qui était très-incommode. Une nouvelle amélioration est l'emploi d'un caleçon en peau que M. Lebelleguic, orthopédiste des hôpitaux, applique à tous les malades qui ont subi la désarticulation coxo-fémorale, et même à ceux qui ont subi l'amputation de la cuisse dans un point si élevé, que le moignon est trop court pour assurer le maintien de l'appareil. Une courroie placée à l'extrémité de la jambe du caleçon du côté amputé, et que l'on attache à l'extrémité inférieure du cuissard, maintient la cuvette de la jambe si solidement fixée au bassin, qu'elle ne saurait se déplacer (fig. 3). De cette façon on a pu réduire cette partie de l'appareil à ses plus petites dimensions, sans diminuer la solidité de l'adaptation du membre artificiel, et même, dans certains cas, les mutilés peuvent faire usage de simples cuissards.

Les trois malades que je vous présente, et qui appartiennent aux services de nos collègues MM. Richet et Chassaignac, vont vous fournir la preuve de l'étendue de ce secours. Chez l'un d'eux, la cuisse a été amputée dans son tiers supérieur; les deux autres ont subi une désarticulation coxo-fémorale.

Le premier est le nommé K..., garçon tailleur, âgé de vingt-neuf ans, auquel M. Chassaignac a amputé la cuisse, le 29 mars 1862, pour une ostéite du fémur. Cette opération, pratiquée au-dessous des deux trochanters par la méthode de l'écrasement linéaire, a fourni un moignon assez bien matelassé par les parties molles. Son peu de longueur (8 centimètres) a forcé M. Lebelleguic à recourir au caleçon en peau pour le faire marcher à l'aide du simple cuissard, que lui accordait l'administration des hôpitaux.

L'emploi de ce secours, tout puissant qu'il est, ne dispense pas de tenir compte des lois de la statique. Ce mutilé en est un exemple: il marche bien, et longtemps, vous le voyez; mais pour cela on a dû ajouter à la partie antérieure de la cuvette deux courroies qui viennent prendre leur point d'appui sur la ceinture. Avant cette addition, le moignon avait une tendance à glisser au-dessus du bord antérieur du cuissard. Ce résultat était la conséquence de la mauvaise direction dans laquelle se faisait la traction de la courroie du caleçon; si au lieu de fixer son extrémité en arrière de l'axe du membre (en C, fig. 4) on l'avait placée en avant, on eût dispensé cet homme de

l'addition des deux courroies (1). Cette faute n'a pas été commise chez les deux autres mutilés.

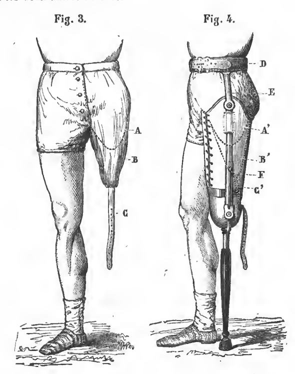


Fig. 3. Fig. 4.

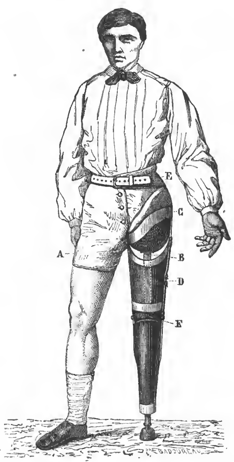
Le second malade est plus intéressant, en ce qu'il fait usage du caleçon depuis neuf années, et qu'ayant subi une désarticulation de la cuisse, il peut, grâce à ce secours, faire chaque jour 8 et 10 kilomètres avec un simple cuissard.

G..., employé, âgé de vingt-sept ans, a subi la désarticulation de

(1) Depuis la présentation de ce mutilé, la modification que nous indiquions a été faite. On a enlevé dans la figure les deux courroies antérieures, mais la direction vicieuse de celle du caleçon n'a pas été corrigée, ce qui nous engage à maintenir notre observation, afin de prévenir toute erreur. Du reste, il est beaucoup plus facile pour les mutilés de boucler la courroie de leur caleçon sur la partie antérieure du cuissard que sur sa partie postérieure.

la cuisse droite en 1852. L'opération a été pratiquée par M. Richet, pour une ostéomyélite du fémur.

Fig. 5.



Pendant trois ans, ce jeune homme a tenté en vain de marcher avec les cuissards qu'on lui avait fabriqués, et il était obligé de revenir toujours à l'usage des béquilles. En janvier 1854, M. Lebelleguic eut l'idée de lui appliquer un caleçon en peau disposé de la façon que

nous avons décrite ci-dessus. Le succès de la tentative fut immédiat, et depuis cette époque ce mutilé en fait usage et marche sans canne et d'une manière des plus remarquables.

G... nous a appris que l'usage de ce caleçon étant très-incommode l'été par la chaleur qu'il développe, il avait tenté plusieurs fois de s'en affranchir. Pour mieux assurer le maintien de l'appareil en l'absence du caleçon, il avait donné de plus larges dimensions à sa ceinture, placé des courroies à la partie antérieure de la cuvette; mais tous les essais auxquels il s'était livré à cet égard étaient restés infructueux, et il avait dû reprendre l'usage de son enveloppe de peau. Ce renseignement est précieux, car ce jeune homme est des plus ingénieux, et ses essais ont dû être bien dirigés.

L'usage des cuissards ainsi adaptés à la désarticulation de la cuisse réalise une grande économie pour les mutilés pauvres, puisqu'il les dispense de l'achat toujours coûteux des jambes artificielles. Mais il faut bien qu'on sache que les cuissards les exposent à des dangers, dont M. Dauvé est venu récemment nous fournir un remarquable exemple.

Dans notre séance du 5 février 1861, ce chirurgien venait placer sous nos yeux le côté droit du bassin du nommé R......., soldat invalide auquel M. le professeur Sédillot avait désarticulé la cuisse en 1839. Une des particularités de cette pièce qui ont le plus fixé l'attention, c'est le renflement gangliforme que présentait l'extrémité du nerf sciatique, et qui avait provoqué des douleurs atroces à ce mutilé. Cette dégénérescence cicatricielle conduisait M. Dauvé à poser en principe de toujours réséquer le nerf à sa sortie de la grande échancrure sciatique.

Un second enseignement ressortait de l'examen de cette pièce, mais il n'a pas été saisi complétement : c'est la soudure du sacrum et du coccyx et leur déviation, qui était telle que le rectum était comprimé au point que, pendant les dernières années de sa vie, cet homme ne pouvait aller spontanément à la garde-robe et devait vider son intestin avec le doigt.

Ces diverses lésions étaient le résultat de la pression exercée sur ces parties par le rebord du cuissard-sellette.

Cet homme, à son entrée aux Invalides, avait reçu deux modèles d'appareil; l'un fabriqué à l'hôtel des Invalides, le cuissard-sellette; un second construit par M. Charrière et dans lequel la sellette était remplacée par une cuvette embrassant le côté du bassin. Quoique cette jambe fût plus légère et son adaptation plus solide, puisqu'elle emboîtait exactement le moignon, R... s'en servait seulement pour faire ses courses. Pour son travail (il était monteur en cuivre et travaillait debout), il préférait sa sellette.

On vient de voir ce que vingt années d'usage de cet appareil avaient produit chez R... Si on ne peut éviter la compression du coccyx par le rebord du cuissard, mieux vaudrait encore imposer aux mutilés le sacrifice d'une jambe artificielle, qui peut être désormais réduite à sa construction la plus simple.

Voici le modèle que propose M. Lebelleguic :

G..., ouvrier opticien, âgé de vingt ans, a été amputé dans l'articulation coxo-fémorale, le 13 octobre 1860, par M. Chassaignac. Le moignon étant cicatrisé, M. Mathieu a essayé de construire pour ce malade un nouveau modèle consistant en une cuvette embrassant plus complétement encore le bassin que dans l'appareil Fouilloy. Malgré la solidarité bien établie entre le moignon et la cuvette et la disposition ingénieuse de ses diverses parties, ce modèle n'a pu servir. Il était basé sur un principe que je crois mauvais, celui de faire reposer la cuvette sur une tige centrale ou pilon. A chaque pas que faisait le mutilé, le choc que produit la répercussion du sol retentissait douloureusement dans la cicatrice; force fut à G... de reprendre les béquilles.



Fig. 6.

M. Lebelleguic s'est mis à l'œuvre à son tour et s'est bien gardé de s'isoler des enseignements antérieurs. Sa jambe (fig. 5) n'est autre que la dernière modification apportée par M. le docteur Arlaud au modèle de l'inspecteur du service de santé de la marine, et simplifiée encore par l'addition du caleçon.

La cuvette C, qui embrasse le moignon, offre dans le membre artificiel de M. Lebelleguic des dimensions beaucoup moins étendues que dans tous les autres modèles. Au centre de sa

partie inférieure existe une ouverture par où sort la courroie du caleçon B, lequel va se fixer sur la tige qui traverse l'articulation du genou.

La figure 6 montre la disposition des pièces de l'appareil lorsque le mutilé est assis. Ce dessin fait voir également la forme des verrous placés sur l'attelle externe B, et qui ont pour but d'immobiliser le cuissard, ainsi que l'articulation du genou.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 22 juillet 1863.

Présidence de M. RICHET, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey dépose une brochure intitulée *le baron Larrey*, par le général baron Joachim Ambert. (Remercîments).

— M. le professeur Heyfelder père, de Saint-Pétersbourg, membre associé étranger, assiste à la séance et demande la parole :

« Lorsque, il y a six mois, j'ai appris que la Société de chirurgie de Paris venait de me conférer un nouveau titre, j'ai été pénétré de reconnaissance, et il me tardait de me trouver au milieu de vous pour vous l'exprimer ; arrivé ce matin à Paris, mon premier soin a été de me rendre au sein de cette savante réunion, composée d'hommes éminents dont les travaux ajoutent chaque jour aux progrès de la chirurgie.

M. CHASSAIGNAC (à propos du procès-verbal). Je me suis beaucoup occupé du traitement de la tumeur lacrymale à son début, et je crois pouvoir rendre compte de la difficulté que l'on éprouve à guérir cette maladie. Il faut tenir compte des deux causes qui ont une part presque égale dans la production de l'affection, d'un côté l'obstruction, de l'autre l'inflammation. Quant au traitement, on a proposé d'exciser l'un des points lacrymaux, et cela paraît peu rationnel au premier abord; cependant, je crois pouvoir donner une explication du succès par cette méthode.

Quand il existe une tumeur lacrymale, l'un des conduits est oblitéré ; si vous le coupez, vous le rendez de nouveau perméable, et les larmes qui tout à l'heure n'arrivaient plus dans le sac en assez grande

abondance pour vaincre l'obstruction, vont acquérir une plus grande force, et tout rentre dans l'état normal.

Dans le siècle dernier, Laforest faisait pénétrer des sondes dans le canal nasal par l'ouverture inférieure de ce canal. Ce procédé a été abandonné ; mais Gensoul s'en est servi pour cautériser par la même voie. Lorsque j'ai voulu me servir de l'instrument de Gensoul pour faire pénétrer dans le canal des douches lancées de bas en haut, je me suis vite aperçu que le liquide, avant de s'échapper par l'ouverture percée à l'extrémité, perdait de sa force de projection en passant par le coude que forme la sonde. J'ai donc fait percer une ouverture au niveau même de ce coude, et j'ai pu dès lors guérir par les douches un grand nombre de tumeurs lacrymales.

Quant à ce qui concerne les clous et les tiges rigides que l'on introduit dans le canal, je pense qu'ils peuvent ulcérer la muqueuse ; c'est pourquoi je leur substitue des bougies élastiques qui sortent par le nez, et qui, percées de trous latéraux, peuvent servir à faire des injections. J'appelle l'attention de la Société sur ces procédés, qui m'ont réussi.

— M. REYBARD remet, à l'appui du mémoire sur les fistules lacrymales, les huit observations dont il avait parlé dans la séance précédente.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Pseudarthrose du tibia. — M. CHASSAIGNAC présente un malade atteint de *pseudarthrose du tibia*, et qui marche depuis longtemps avec un appareil prothétique sur lequel M. Chassaignac appelle l'attention de la Société.

Le 28 avril, le nommé M... (Guillaume), âgé de quarante-huit ans, cambreur, entre à la salle Saint-Augustin, où il est couché au nº 16.

A l'âge de huit ans il eut le tibia cassé. Cette fracture, située à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen de la jambe, fut consolidée avec un cal vicieux et un angle faisant une saillie considérable sur le bord antérieur du tibia, ce qui le força à se servir de béquilles jusqu'à l'âge de douze ans.

Le malade ne boitait pas, bien que la déformation fût très-grande. Il faisait alors le métier fatigant de scieur de long. Une ulcération qui devint rapidement plus large qu'une pièce de cinq francs, se fit au sommet de l'angle formé par le cal. Il sortit même quelques portions d'os.

A l'âge de vingt-six ans, c'est-à-dire après avoir gardé cette ulcération pendant quatre années, il entra dans le service de Blandin, qui fit appliquer le pansement aux bandelettes agglutinatives. Il en sortait deux mois après guéri de cette ulcération.

Dès qu'il se remit au travail l'ulcère se reforma, et il rentrait l'année suivante chez Blandin, qui proposa la réduction de la portion saillante du tibia.

Il enleva en effet un coin du tibia, qui comprenait tout l'angle saillant que recouvrait l'ulcère (13 mars 1844).

Après l'opération : gonflement considérable de la jambe, abcès qui fut ouvert le long de la face externe du péroné; le malade en conserve encore la marque.

La cicatrisation était complète le troisième mois, mais la consolidation ne se fit pas. Il resta trois années dans le service, au bout desquelles il demanda à Blandin ou un appareil capable de le faire marcher ou l'amputation.

Blandin lui fit construire l'appareil qu'il porte aujourd'hui, et qui lui permet de faire depuis vingt années d'assez longues marches.

M. VOILLEMIER fait remarquer que l'appareil n'est pas construit autrement qu'une jambe artificielle, et que le malade marche à la façon d'un amputé, c'est-à-dire en prenant un point d'appui sur l'ischion.

M. CHASSAIGNAC pense qu'il y a cette différence importante que chez son mutilé le pied appuie pendant la marche.

D'après **M. BROCA** le pied sert bien peu, car l'épiderme est mince, tandis que sur l'autre pied il est épais.

Instruments de bronze d'aluminium. — M. MOREL-LAVALLÉE. Le bronze d'aluminium, alliage de bronze et d'aluminium, a la couleur et tout l'éclat de l'or. Deux fabricants ont eu, chacun de leur côté, l'idée d'en faire des instruments de chirurgie, et vous en ont adressé presque simultanément : ce sont MM. Robert et Collin, de Paris, et M. Leiter, de Vienne (Autriche). Vous avez bien voulu nous charger de l'examen de ces instruments.

M. Leiter ne vous en avait envoyé que trois : un forceps, une pince à disséquer et une pince à pansement. MM. Robert et Collin vous en ayant présenté une trousse entière, c'est principalement sur les instruments de ces derniers qu'a pu porter notre examen.

Vous pensiez sans doute que la meilleure manière de les apprécier était de leur faire subir la double épreuve de l'usage et de quelques expériences ; c'est en effet la marche que nous avons suivie. Nous sommes arrivé aux conclusions suivantes, qui nous paraissent incontestables :

Le nouveau métal peut avantageusement remplacer l'argent dans un grand nombre d'instruments, et le fer dans beaucoup d'autres.

L'argent toujours, excepté dans les sondes à demeure; il se formerait à la longue du vert-de-gris à l'intérieur ; mais les sondes métal-

liques ne sont-elles pas dans ce cas justement bannies de la pratique ? Les stylets, les sondes cannelées, la sonde de Belloc, les sondes uréthrales, etc., se feront parfaitement avec le bronze et l'aluminium. Les tubes à injections sulfureuses seront préférables à ceux d'argent; ils seront moins attaqués, et ne le seront pas au point d'être détériorés. La teinture d'iode mord vivement sur le bronze; je crains qu'il ne soit impropre à la fabrication des trocarts. Les injections de cette teinture, au moins à l'état de pureté, altéreront promptement la canule. La solution normale de perchlorure de fer l'attaque plus profondément encore.

Le bronze d'aluminium peut se substituer au fer et même à l'acier dans un certain nombre d'instruments : pinces à disséquer, pinces à pansements, etc. MM. Robert et Collin ont fait, sur ma proposition, des bistouris dont le ressort et les platines sont en bronze d'aluminium, la lame seule en acier, et ces bistouris, dont je me sers depuis plusieurs mois, sont excellents.

Voici une trousse qui vous a été présentée par ces fabricants, et tout, excepté les tranchants, est fait avec du bronze d'aluminium. Je n'en ai pas eu d'autre pendant longtemps à l'hôpital; vous pouvez voir si les instruments ont souffert.

Les instruments de bronze d'aluminium, d'un prix bien moins élevé que ceux d'argent et qui n'est pas sensiblement supérieur à celui du maillechort, ont encore l'avantage d'être inoxydables et de conserver leur éclat au milieu de tous les agents avec lesquels la pratique journalière les met en contact. C'est donc une innovation heureuse dont le mérite nous semble revenir également à MM. Robert et Collin et à M. Leiter.

M. GIRALDÈS. Il serait utile de savoir les proportions de l'alliage qui forme les instruments dont parle M. Morel-Lavallée; car je me sers depuis quelque temps d'un trocart de bronze et d'aluminium que l'iode n'attaque nullement.

M. MOREL-LAVALLÉE. Il y a deux alliages, l'un contient 5/100 et l'autre 10/100 d'aluminium. Quand j'ai dit que l'iode attaquait ces instruments, j'ai eu soin d'ajouter qu'il les attaquait très-superficiellement, et une légère couche d'or suffirait pour les protéger.

M. GIRALDÈS. Je répète que la canule dont je me sers n'est pas attaquée du tout par l'iode. Je ne sais pas à qui revient la priorité de la fabrication des instruments d'aluminium, mais je crois qu'il y en avait à l'Exposition de Londres.

M. MOREL-LAVALLÉE. M. Robert a adressé ici des instruments d'aluminium; en même temps, M. Leiter nous a fait un envoi analogue;

pour établir la priorité, les souvenirs de M. Giraldès ne suffisent pas, il faudrait des faits précis. J'ajouterai, en outre, que les remarques de notre collègue confirment les miennes, et qu'elles prouvent que ces instruments sont moins altérables que je ne l'ai dit.

M. GIRALDÈS. J'affirme avoir vu, avant la présentation qui nous a été faite ici, des pièces en aluminium chez M. Lüer. Je n'ai pas dit que ces instruments fussent d'une manière générale supérieurs aux autres ; j'ai seulement fait remarquer que les canules à injection iodée sont meilleures.

M. MOREL-LAVALLÉE. Il est tout au moins étonnant que M. Lüer n'ait jamais parlé de sa pince.

Immobilité de la mâchoire. Section de l'os. — M. BOINET communique une observation sur ce sujet.

La jeune fille que j'ai l'honneur de vous présenter ne vous est pas inconnue ; c'est dans la séance du 26 mars 1856 que vous l'avez vue pour la première fois. Elle était alors âgée de six à sept ans, et offrait un resserrement complet des mâchoires avec une perte de substance de la joue, survenus à la suite d'une gangrène de la bouche, d'une stomatite gangréneuse probablement.

Je l'avais amenée à la Société dans l'espoir que je trouverais dans le savoir et l'expérience de mes collègues un moyen de remédier à la difformité très-grave dont cette enfant était atteinte ; mais les conseils de ceux qui voulurent bien m'en donner se bornèrent à très-peu de chose ; MM. Bouvier et Larrey conseillèrent l'action mécanique de certains instruments pour écarter les mâchoires et permettre à la malade de manger ; MM. Cloquet et Guersant déclarèrent la chirurgie impuissante dans ce cas, et le premier de ces chirurgiens proposa de faire disparaître l'ouverture irrégulière de la joue à l'aide de l'autoplastie.

Je dois dire que plusieurs instruments dilatateurs de forme et d'action différentes furent mis inutilement en usage pendant plus de six mois et sans résultat aucun, si ce n'est d'ébranler les dents et de faire souffrir la malade. La position de cette pauvre enfant devenait de plus en plus fâcheuse, et je l'avais pour ainsi dire abandonnée, faute de trouver un moyen pour la soulager.

Elle était entrée dans une maison d'enfants incurables, lorsque notre collègue M. Verneuil, dans une de vos séances, vint nous faire connaître comment MM. Rizzoli et Esmarck avaient remédié à des cas à peu près semblables, soit en coupant simplement le maxillaire inférieur, soit en excisant une portion de cet os, au-devant des adhérences géno-maxillaires. Je songeai aussitôt à ma petite malade, et la

présentai de nouveau à la Société, dans la séance du 21 décembre 1859, afin de mettre mes collègues à même de juger et d'apprécier la nouvelle méthode que nous proposait M. Verneuil.

Après en avoir délibéré avec MM. Huguier et Verneuil, nous résolûmes d'employer le procédé de Rizzoli, c'est-à-dire de pratiquer la section simple du maxillaire inférieur au-devant des adhérences, et sans perte de portion osseuse. Cet e opération fut faite à l'aide de la pince de Liston. Une incision horizontale avait été pratiquée un peu au-dessous de la base de l'os maxillaire droit, pour pouvoir passer les deux lames de l'instrument; dès que l'os eut été sectionné, la mâchoire inférieure en dedans de la section et dans toute sa partie gauche put s'abaisser facilement et devint très-mobile; on pouvait introduire facilement les doigts entre les dents, et les jours suivants la malade était heureuse de pouvoir manger des aliments solides.

D'après les faits qui nous avaient été rapportés par M. Verneuil, nous étions convaincus que l'opération que nous venions de faire amènerait une guérison radicale; malheureusement il n'en fut pas ainsi, et au bout de quelques mois, soit par négligence ou par indocilité à ne pas exercer les mouvements d'abaissement de la mâchoire inférieure, ou à mettre un coin ou un bouchon entre les dents, comme nous l'avions recommandé, les mâchoires devinrent peu à peu moins mobiles, leur rapprochement augmentait, et bientôt, c'est-à-dire huit ou neuf mois après l'opération, notre petite malade était dans la même position qu'avant la section du maxillaire, dont les deux bouts s'étaient complétement soudés, et elle était de nouveau réduite à ne prendre que des aliments liquides. Nous n'avions donc pas obtenu la pseudarthrose que nous espérions créer dans la continuité de l'os.

Cette jeune fille devenue plus grande (elle a bientôt quatorze ans), comprend la gravité de sa position et se souvient de l'amélioration momentanée qu'elle a éprouvée, et puis aussi la coquetterie s'en mêlant un peu, elle demande qu'on fasse disparaître la difformité hideuse de sa joue droite. Elle est venue d'elle-même cette fois réclamer une nouvelle opération, bien décidée à empêcher la réunion osseuse, en imprimant à sa mâchoire inférieure des mouvements continus.

Pour montrer à la Société, qui s'intéressait à cette jeune fille, l'insuccès que nous avons obtenu par le procédé de Rizzoli, et pour lui demander son avis sur le procédé d'Esmarck, que je me proposais de mettre en pratique cette fois, j'ai ramené cette jeune fille dans l séance du 4 février 1863. Elle était absolument dans le même éta que lorsque je l'avais présentée pour la première fois en 1856.

A l'occasion de cette nouvelle présentation, plusieurs de nos collè-

gues s'empressèrent de nous faire connaître l'expérience pratique qu'ils avaient acquise sur ce point de thérapeutique, et M. Deguise d'abord nous dit que dans un cas où il avait enlevé un centimètre et demi de l'os, l'immobilité s'était promptement reproduite, et qu'il n'y avait pas eu de fausse articulation, les deux bouts de l'os s'étant réunis. M. Marjolin n'avait pas obtenu un meilleur résultat dans un cas semblable; quoiqu'il eût réséqué également un centimètre et demi du maxillaire, la soudure osseuse avait eu lieu. M. Bauchet n'a pas été plus heureux, et chez la jeune malade qu'il a présentée à la Société, l'os était soudé, la mâchoire immobile, malgré l'ablation d'un centimètre et demi du maxillaire inférieur.

En présence de tous ces faits, les procédés de Rizzoli et d'Esmarck semblaient bien perdre de leur valeur, et plusieurs de nos collègues, dans la discussion qui eut lieu, proposèrent plusieurs moyens ; ils voulaient surtout qu'on enlevât une plus grande étendue du maxillaire, espérant, en agissant ainsi, créer plus sûrement une pseusarthrose dans la continuité de l'os.

L'écartement permanent des surfaces osseuses étant donc la condition fondamentale du succès, et la section simple chez notre jeune fille, et la résection de 1 à 2 centimètres chez les malades de MM. Deguise, Marjolin et Bauchet, n'ayant pas donné un meilleur résultat, il fallait chercher comment on pourrait s'opposer à la réunion osseuse, qui se faisait si facilement, même après la résection d'un centimètre et demi d'os, et arriver à obtenir une fausse articulation.

Après en avoir délibéré avec MM. Huguier et Verneuil, il nous sembla que la réunion osseuse deviendrait plus difficile, et même impossible, si on coupait l'os de manière que ses bouts, s'ils restaient en contact, ne pussent se toucher que par un point très-peu étendu. Nous pensâmes qu'en donnant à la portion réséquée du maxillaire la forme triangulaire, autrement dit en enlevant une portion cunéiforme de l'os, on arriverait plus sûrement au résultat qu'on voulait obtenir, c'est-à-dire à une fausse articulation. C'est ce que nous avons fait chez cette jeune fille, et le résultat qu'elle offre aujourd'hui nous fait espérer que nous sommes dans la bonne voie.

L'opération a été pratiquée le 20 juin 1863; une incision faite de la lèvre inférieure droite au delà de la base du maxillaire inférieur, et au niveau des adhérences géno-maxillaires, a pénétré jusqu'à l'os. Les lambeaux disséqués, en rasant le maxillaire, ont été renversés l'un en arrière, l'autre en avant, de manière à mettre à découvert la partie du maxillaire que nous voulions exciser. L'artère faciale ayant été divisée, fut liée immédiatement à ses deux bouts. Une pince de Liston très-forte n'ayant pu sectionner l'os, nous eûmes recours à

une petite scie à main, à l'aide de laquelle on fit deux sections : la première verticale, au-devant des adhérences, et la seconde oblique d'avant en arrière, de manière à enlever un triangle osseux, dont la base était en bas et correspondait à la base du maxillaire inférieur et dont le sommet était en haut et correspondait au bord alvéolaire. Nous avons pu constater que l'os que nous avions sectionné au commencement de 1860, il y a plus de trois ans, était entièrement consolidé.

Trois semaines avant cette opération, nous avions eu soin de faire arracher du maxillaire supérieur trois dents qui avaient une direction vicieuse et gênaient considérablement pour l'introduction des aliments.

Le triangle osseux que nous avons enlevé avait à sa base environ 1 centimètre et demi de large, et correspondait au tissu inodulaire qui avait été disséqué pour relever les lambeaux. Cette résection terminée, la portion libre, c'est-à-dire la portion médiane et gauche du maxillaire inférieur, put s'abaisser facilement; elle avait une très-grande mobilité. On réunit par trois points de suture entortillée la section faite aux parties molles, et des injections d'eau froide sont faites dans la bouche les jours suivants.

Aujourd'hui, trente-deux jours après cette opération, vous pouvez voir que les mouvements d'abaissement et d'élévation de la mâchoire inférieure sont faciles, volontaires; que la malade a un écartement suffisant des mâchoires, et qu'elle peut introduire dans la bouche toute espèce d'aliments, soit liquides, soit solides. Elle mange de la viande, des croûtes de pain, etc., sans difficulté aucune.

Si vous examinez les points où le maxillaire a été sectionné, vous pouvez constater que les surfaces osseuses ne sont pas en contact dans toute leur étendue; que la portion postérieure du maxillaire est plus élevée que la portion antérieure, de telle sorte que ces surfaces osseuses ne se correspondent pas exactement, d'où il résulte un écartement qui place notre opérée dans les conditions voulues pour obtenir une fausse articulation, ou autrement dit un succès. Il eût été peut-être plus convenable d'attendre un temps plus long pour vous présenter cette malade et savoir quel sera le résultat définitif; mais il nous a paru important de vous montrer ce que nous avions obtenu, et de vous mettre à même de suivre les différentes phases de cette opération un peu modifiée; et si vous voulez bien me le permettre, j'aurai l'honneur de vous représenter cette malade avant de remédier à la difformité du visage par l'autoplastie, afin que nous puissions constater ensemble les modifications qu'auront éprouvées toutes les parties, et si le résultat que nous avons obtenu quant à présent s'est maintenu.

M. VERNEUIL. Je remercie M. Boinet de ses bonnes intentions à mon égard, mais je ne suis pour rien dans le procédé qu'il a employé chez sa petite malade. C'est M. Huguier qui en a parlé ici le premier, et déjà en Angleterre il avait été exécuté avant la discussion de la Société de chirurgie. Je dois même dire que M. Rizzoli, répondant à l'appel que j'avais adressé ici, a écrit une lettre chirurgicale dans laquelle il donne les résultats de toutes ses opérations recueillis après plusieurs années, et que la section pure et simple lui a donné constamment des succès. Tous les faits connus militent en faveur de la section plutôt que de la résection.

M. FORGET. Plusieurs fois déjà la question de médecine opératoire sur laquelle M. Boinet appelle de nouveau notre attention s'est produite au sein de la Société de chirurgie, et chaque fois nous avons eu à constater l'infériorité de notre chirurgie sur celle de nos confrères étrangers. En France, l'opération d'Esmarck ne compte que des insuccès, tandis qu'elle réussirait constamment en Italie, par exemple, et notamment entre les mains de M. le professeur Rizzoli. M. Verneuil a reçu de cet éminent praticien, dont je ne conteste ni l'habileté ni la véracité, une lettre qui lui apprend que chez tous ses opérés le succès de l'opération s'est maintenu après plusieurs années. Toutefois, avant d'accepter sans contrôle cet énoncé de faits constamment heureux, je désirerais que notre collègue les soumît à sa méthode d'analyse et de critique d'ordinaire si juste et si sévère, et qu'ainsi il nous donnât, si faire se peut, la raison de ce contraste entre les résultats que nous observons ici et ceux qui s'obtiennent ailleurs.

Il y a en effet dans cette différence quelque chose de surprenant; l'opération est la même; ici elle a été pratiquée par plusieurs de nos collègues avec le plus grand soin et une habileté que nous avons pu tous apprécier, et constamment elle a échoué : la réunion des fragments s'est toujours faite, et la formation consécutive du tissu inodulaire n'a pas manqué de se reproduire. Comment parvient-on ailleurs à éviter ce double écueil? Pour moi, il y a là un inconnu qu'il faudrait faire cesser dans l'intérêt même de ces succès qui se reproduisent constamment sans le plus léger correctif, et M. Verneuil, en se livrant à un parallèle entre les diverses circonstances de ces opérations, nous rendrait un véritable service en nous montrant en quoi la manière de faire de M. Rizzoli, par exemple, diffère de celle des chirurgiens français, qui ont constamment échoué là où il a, lui, toujours réussi.

Quant à la petite malade de M. Boinet, qu'il vient d'opérer pour la seconde fois, il n'est pas douteux qu'il existe actuellement un point

d'intersection des fragments, une mobilité qui permet un va-et-vient très-appréciable d'élévation et d'abaissement du maxillaire inférieur, et à cet égard la malade a beaucoup gagné; mais cette mobilité se conservera-t-elle? L'opération est récente, et la pseudarthrose est loin d'être établie d'une façon définitive. En examinant le lieu de la sécrétion, le doigt auriculaire, glissé derrière la mâchoire, constate un espace d'un demi-centimètre entre les fragments osseux, au niveau de la base du V entaillé dans l'épaisseur de l'os; mais au sommet de la coupe, à l'angle du V, on sent que les pointes osseuses des fragments se touchent déjà. N'est-il pas à craindre que par le fait de la rétraction et de la formation du tissu inodulaire ce contact ne devienne plus intime, et qu'ainsi ultérieurement tout le bénéfice de l'opération ne se trouve compromis ?

J'espère qu'il n'en sera pas ainsi; mais pour se prononcer, il y a lieu d'attendre que le temps ait consacré le succès des premiers jours.

M. VERNEUIL. Je ne suis pas du tout d'avis que les observations sont meilleures par cela seul qu'elles nous viennent de l'étranger. Mais si nous ne réussissons pas là où les autres ont des succès, il faut bien accepter que nous faisons moins bien; il est d'ailleurs tout naturel de supposer que les inventeurs d'une opération, ayant longuement médité sur tous les temps de cette opération, la font avec plus de méthode et de soins. M. Rizzoli a suivi ses malades pendant deux et quatre ans; il faut bien accepter ses faits comme probants. Je ne cesse de m'occuper de cette question, que je voudrais voir traiter à fond par la Société.

M. GIRALDÈS. Ce serait vouloir renoncer à tout que de confiner la chirurgie dans l'enceinte de Paris. Quand un homme habile, consciencieux, affirme un fait, quelque part que ce fait se soit produit, il faut l'admettre. Je ne comprends pas dans quel but on veut ainsi tout nier et tout mettre en suspicion.

M. FORGET. Si dans les remarques que j'ai soumises à la Société, je m'étais servi de l'expression employée par M. Giraldès, je m'empresserais d'en faire amende honorable devant mes collègues; rien de semblable n'a eu lieu : je n'ai rien nié, rien suspecté. Je me suis étonné, voilà tout.

Et, en voyant la sévérité d'analyse et de critique dont on use à l'égard des travaux qui prennent naissance parmi nous, j'ai demandé que notre très-judicieux et savant collègue M. Verneuil, qui est si souvent entre la Société et nos correspondants étrangers l'interprète on ne peut plus autorisé, et qui nous a annoncé cette série non interrompue de succès, voulût bien nous les expliquer en mettant en relief, avec la

même sévérité de discussion, les côtés qui les différencient des mêmes faits qui chez nous ont un résultat opposé; ce sera pour ceux de nous qui tenteront de nouveau l'opération d'Esmarck un enseignement à faire mieux ou autrement que nous n'avons fait jusqu'alors.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 29 juillet 1863.

Présidence de M. DEPAUL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Ankylose cicatricielle de la mâchoire inférieure; formation d'une pseudarthrose. Résultats fournis par le procédé de M. Rizzoli. — M. VERNEUIL. Je me suis engagé à faire connaître à la Société les nouveaux renseignements recueillis sur ce procédé, et j'espère qu'ils sont de nature à faire cesser les doutes conçus par quelques-uns de nos collègues sur la permanence des guérisons obtenues par la section simple du maxillaire pratiquée au-devant des adhérences. En effet, répondant à l'appel direct que j'avais cru devoir lui faire presque en votre nom, M. Rizzoli s'est donné la peine de rassembler sur ses opérés tous les renseignements possibles et de les consigner dans une brochure en forme de lettre chirurgicale qu'il m'a fait l'honneur de m'adresser (1).

Voici ce que j'en extrais :

OBS. I. — Carlo C..., âgé de dix ans, opéré en mai 1857 par une section simple verticale, portant sur le corps du maxillaire au-devant des adhérences, et pratiquée par l'intérieur de la bouche sans incision extérieure quelconque : inflammation consécutive très-minime, qui permit de tenir les fragments écartés pendant tout le temps nécessaire à la formation d'une pseudarthrose. Depuis six ans, M. Rizzoli avait revu plusieurs fois cet enfant et s'était assuré de sa guérison. Toutefois, il écrivit récemment au docteur Belvederi, praticien à Castelfranco, lieu habité par le jeune opéré. M. Belvederi répondit : *Que l'enfant continuait à se maintenir dans les excellentes conditions*

(1) *Sul metodo della simplice incisione verticale ed intrabuccale del corpo della mandibola inferiore per la cura del serramento delle mascelle.* Seconde lettre à M. Verneuil, etc. (Extr. du *Bolletino delle scienze mediche di Bologna*, sér. 4e, vol. XIX, p. 241).

habituelles, qu'il mangeait de tout et même des aliments solides et durs au moyen de la portion gauche de la mâchoire restée tout à fait libre.

Obs. II. — Enrico G..., âgé de douze ans, opéré à la fin de 1857. Même section intra-buccale du maxillaire avec l'ostéotome et d'un seul coup. A l'époque de sa sortie de la clinique, l'enfant était aussi bien qu'on pouvait le désirer. M. Rizzoli a dernièrement reçu du père la lettre suivante :

Mon fils, opéré maintenant depuis près de six ans, se trouve dans l'état le plus normal ; il mange et boit bien, travaille tout le jour de son état de menuisier et apprend même à sonner de la trompe ; depuis l'opération, il a toujours été de mieux en mieux, et depuis longtemps il se trouve tout à fait délivré....

Obs. III. — L. V..., âgée de vingt-trois ans, opérée en décembre 1858. Section de la mâchoire entre la seconde et la troisième molaire, au-devant des adhérences, sans incision extérieure. La formation de la pseudarthrose fut un peu retardée, parce que, pendant son séjour à la clinique, la malade fut prise de pourriture d'hôpital. Elle retourna dans son village, situé dans les Alpes, et une première tentative pour avoir des nouvelles ultérieures resta infructueuse ; M. Rizzoli écrivit plus tard au syndic de la commune de Cedracia, et cette fois il obtint la réponse suivante :

Quoique l'opérée n'ouvre pas largement la bouche et qu'il y ait encore un peu de gonflement à l'intérieur de cette cavité, on ne remarque pas d'autre lésion chez la fille V..., sinon qu'elle parle avec une certaine difficulté (1).

La IVe observation se trouve déjà rapportée tout au long dans nos *Bulletins*, t. Ier, 2e série, p. 645. Je vous l'ai communiquée dans la séance du 28 novembre 1860. J'en rappelle les traits principaux :

Maria M..., âgée de six ans, de Riolo, opérée en juillet 1860. A peu de distance de la commissure droite de la lèvre on rencontrait un tissu fibreux du volume du pouce, qui se prolongeait en haut et en bas, et réunissait étroitement la face interne de la joue avec les mâchoires correspondantes. Les incisives supérieures recouvraient complétement les inférieures. La canine supérieure gauche manquait et laissait un pertuis à travers lequel la fillette introduisait les boissons et les aliments solides broyés. La canine supérieure droite, qui était saillante, fut extraite, et l'exploration permit de constater l'existence

---

(1) Voir mon mémoire dans les *Archives de médecine*, 1860, où ces trois observations sont rapportées *in extenso*.

de brides solides qui immobilisaient entièrement les deux mâchoires de ce côté. L'opération simple précédemment décrite fut exécutée avec le même succès. Il y a quelques jours, dit M. Rizzoli, j'écrivis au docteur Liverani, qui m'avait adressé cette enfant, pour lui demander des nouvelles, il me répondit :

Que Maria, de retour dans sa famille, se sert de mieux en mieux de sa mâchoire, et que les parents bénissent sans cesse celui qui a si merveilleusement sauvé leur fille d'une mort certaine.

Si j'en excepte le sujet de la troisième observation, qui n'ouvre pas largement la bouche et qui parle encore avec une certaine difficulté, les opérés de M. Rizzoli sont dans l'état le plus satisfaisant. Les deux premiers surtout jouissent depuis plusieurs années de ce bienfait, et la récidive au moins pour eux n'est plus guère à craindre. Il faut du reste remarquer que chez tous ces enfants la lésion étant simple, bornée aux parties profondes et ne se compliquant pas de ces larges pertes de substance génale qui accompagnent au contraire le resserrement des mâchoires chez nos opérés de France. Faut-il rapporter à cette simplicité le succès obtenu par la section simple, et celle-ci se serait-elle montrée insuffisante entre les mains de M. Rizzoli lui-même pour des cas plus compliqués? C'est ce qu'il ne répugne nullement d'admettre; d'où cette conclusion légitime, que les procédés doivent varier suivant l'état pathologique.

Chez les opérés qui ont été présentés à la Société de chirurgie, la joue avait été plus ou moins largement détruite, et le tissu cicatriciel était abondant. La section simple de l'os a échoué. En revanche, les opérés de MM. Esmarck et Wagner (1) présentaient la même destruction génale ; on a enlevé du corps de la mâchoire un fragment triangulaire, et la guérison a été obtenue. Il y a donc lieu de conseiller provisoirement le procédé de M. Rizzoli dans des cas analogues à ceux qu'a rencontrés cet éminent chirurgien, et, au contraire, la perte de substance osseuse plus ou moins étendue si la joue est plus ou moins détruite.

Au reste, la question est trop nouvelle encore pour que ces points puissent recevoir une solution définitive; car, un fait publié en 1861 par M. Esterle, chirurgien en chef de l'hôpital de Novare, dépose justement contre l'opinion élective que je viens d'émettre (2). Il s'agissait d'une femme de vingt-quatre ans, qui, dans son enfance, avait

(1) *Kœnigsberger medicinische Jahrbücher*. 2e band, 1860, p. 100.

(2) *Annali universali di medicina* d'Omodei, t. CLXXVI, juin 1861, p. 570.

été affectée de gangrène de la joue et de soudure des mâchoires du côté gauche. Non-seulement M. Esterle se contenta de faire la section simple, mais il procéda de suite à la génoplastie, et la guérison obtenue du premier coup persistait entièrement après quatre mois écoulés.

Il me paraît évident d'ailleurs que les chances de succès ne résident pas uniquement dans la façon dont l'os est divisé. Le traitement consécutif joue certainement un rôle important, et surtout, à mon avis, dans les résultats si brillants obtenus par M. Rizzoli. En effet, après la section verticale simple de la mâchoire, il maintient l'écartement des bouts osseux au moyen d'un corps étranger interposé, pendant le temps nécessaire à la formation de la pseudarthrose; or, il est clair que ce corps étranger est d'autant mieux toléré que le traumatisme est plus restreint, et comme la section simple détermine aussi peu de réaction que possible, les suites de l'opération sont exemptes de ce travail inflammatoire qui tend à rapprocher, à immobiliser et à souder les deux surfaces de section. Si ce raisonnement est admis, les succès de M. Rizzoli s'expliquent théoriquement sans difficulté.

Puisque j'ai entrepris la tâche de faire connaître autant que possible les résultats de la section de la mâchoire, je rapporterai une dernière observation de M. Rizzoli, dans laquelle la division osseuse combinée avec une opération de chéiloplastie fut suivie de mort.

Ce fait montrera les inconvénients qui résultent de l'association des deux temps du procédé destiné à restaurer et la mobilité de la mâchoire et la forme des parties molles extérieures. Si je ne me trompe, cette observation n'a pas été publiée ailleurs que dans la brochure que j'analyse, de sorte que je la traduirai presque textuellement, afin de ne rien celer de la vérité.

Egidio Mingarelli, de Grezzano, âgé de dix ans. A huit ans, fièvre typhoïde grave, mortification étendue des lèvres et des joues, difformité du visage et resserrement des mâchoires. Deux ans se passèrent dans cet état; dépérissement par alimentation insuffisante; entrée à la clinique en juin 1862; maigreur considérable; peau jaune et terreuse; la lèvre supérieure manque presque en totalité, ainsi qu'une grande partie de l'inférieure. Les dents et les gencives sont à découvert. Un tissu cicatriciel solide réunit les deux mâchoires à gauche. Les aliments ne pouvaient être pris qu'avec beaucoup de difficulté.

Comme il ne s'agissait pas ici d'une ankylose complète des mâchoires, M. Rizzoli conçut le projet de faire une opération de chéiloplastie et de rendre du même coup les mouvements au maxillaire inférieur. Il commença par la restauration de la lèvre inférieure. Mais lorsque le lambeau fut taillé, il s'aperçut qu'il ne pouvait obtenir l'écarte-

ment des mâchoires, les adhérences étant plus fortes et plus étendues qu'il ne l'avait supposé. C'est pourquoi il se décida à pratiquer sur-le-champ la section verticale de la mâchoire, sans espérer toutefois un résultat aussi beau qu'à la suite de son procédé ordinaire. Le maxillaire mobilisé, l'opération se termina par la suture du lambeau chéiloplastique.

Tout alla bien les deux premiers jours, mais alors la gangrène s'empara du lambeau; les accidents généraux surgirent, et finalement la mort survint par infection purulente; des abcès multiples, un épanchement pleurétique, etc., furent constatés à l'autopsie.

C'est sans doute à la constitution détériorée du sujet et à l'opération autoplastique qu'il faut attribuer ce revers, plutôt qu'à la section de la mâchoire, qui jusqu'ici s'est montrée peu grave en général dans les quinze ou vingt cas où elle a été pratiquée.

Toutefois M. Heath nous signale dans un article que nous citons plus loin, un autre cas de mort, qu'il convient d'enregistrer également. Il s'agit d'une femme qui avait déjà subi plusieurs opérations, et entre autres la division du masséter. Deux ans auparavant, M. Heath lui-même avait incisé largement les brides cicatricielles et dilaté la bouche avec une vis; le tout sans bénéfice durable.

M. Mitchell Henry, le premier qui en Angleterre ait répété l'opération d'Esmarck, se servit de la scie à chaîne, et enleva un demi-pouce de l'os. La malade succomba quelques jours plus tard à l'épuisement et à la pyoémie.

Voici deux cas de mort dont il faudra tenir compte dans l'histoire générale de la méthode nouvelle, non pour la proscrire, mais pour l'appliquer avec réserve, et surtout pour mettre en relief cette vérité banale qu'il n'est pas d'opération chirurgicale qui n'implique avec elle des chances plus ou moins fortes de léthalité.

J'ai dit dans la dernière séance que la résection d'un fragment triangulaire de la mâchoire, mise en pratique par M. Huguier dans l'opération récente dont M. Boinet vous a rendu compte, avait déjà été employée par les chirurgiens étrangers. En 1855, dans un cas remarquable rapporté par M. V. Bruns, ce procédé est indiqué; en 1858, le professeur A. Wagner, de Kœnigsberg, y eut recours, et au bout de dix mois la fausse articulation fonctionnait d'une manière satisfaisante.

Un troisième cas de résection triangulaire a été rapporté par un chirurgien anglais, M. Heath, et cette fois encore le résultat a été favorable, ce qui nous fait espérer que notre dernière petite opérée sera à son tour débarrassée enfin de son mal. Cette rectification n'a pas pour but de diminuer le mérite de notre excellent confrère M. Hu-

guier, elle prouve simplement qu'une inspiration chirurgicale logique peut surgir naturellement dans l'esprit de plusieurs chirurgiens expérimentés.

L'observation de M. Heath est comprise dans un mémoire assez long sur le resserrement des mâchoires (1), et je puis avertir les adversaires de l'opération d'Esmarck qu'ils trouveront dans ce travail des faits très-favorables aux anciens procédés, c'est-à-dire des guérisons remarquables dues à l'emploi simultané des sections inodulaires intra-buccales et des appareils prothétiques destinés à prévenir le retour des brides unissantes.

Aidés du concours d'un dentiste habile, M. Clendon, MM. Holt et Heath ont guéri de la sorte deux malades âgés l'un de dix-sept ans, l'autre de dix-huit. Ce dernier cas était particulièrement grave, car les adhérences étaient bilatérales, et on ne pouvait par conséquent songer à établir la pseudarthrose des deux côtés. Après la division des adhérences, on appliqua entre les mâchoires et dans le sillon géno-gingival des gouttières en gutta-percha, qui furent changées et modifiées plusieurs fois jusqu'à cicatrisation complète.

Je reconnais tout le premier ces succès et ces efforts qui réhabilitent les anciennes méthodes; toutefois, il ne faut pas oublier que ces guérisons ont nécessité des opérations graves, répétées, laborieuses pour les chirurgiens, douloureuses pour les malades, semées d'accidents assez sérieux, et ayant exigé infiniment plus de temps et de précautions que la création de la pseudarthrose. J'ajoute que dans les deux cas en question, les parties molles de la joue n'avaient subi aucune perte de substance.

M. BAUCHET. Quand je vois tous ces succès obtenus à l'étranger, en présence des insuccès que nous observons ici, je ne puis m'empêcher d'exprimer un doute et de rappeler qu'il est bon de prendre garde aux renseignements qui nous viennent de loin. Supposons que pour la petite fille que j'ai opérée on s'en tienne aux renseignements, on apprendrait que les mouvements persistent et que l'opérée va fort bien ; mais moi, qui l'ai revue, je sais à quoi m'en tenir. Enfin, je remarque dans les observations un détail qui me surprend beaucoup. M. Rizzoli ne fait qu'une simple section de l'os, et il met entre les extrémités de l'os coupé un corps étranger. Je déclare qu'il ne me semble pas possible qu'un corps étranger quelconque reste ainsi entre les fragments.

M. VERNEUIL. Je regrette d'avoir à répéter si souvent la même

---

(1) *The Dublin Quarterly Journal*, n° LXX, may 1863, p. 323.

chose, et de voir M. Bauchet, qui sans doute n'a pas assisté à la dernière séance, reproduire les arguments de M. Forget; je n'ai donc qu'à le renvoyer à la réponse que j'ai déjà faite. Toutefois, je dirai qu'il me semble peu équitable de critiquer les observations de M. Rizzoli sans les avoir lues. Que M. Bauchet veuille donc prendre la peine de lire ces observations, que je trouve bonnes, et si elles lui paraissent insuffisantes, il pourra le dire. Mais je ne saurais admettre que l'on mette un fait en suspicion par cela seul qu'il vient do loin. M. Bauchet ne comprend pas qu'on puisse placer et maintenir un corps étranger entre les deux fragments; cependant, M. Rizzoli l'a fait, et je le crois. En résumé, je ne puis consentir à défendre des observations qu'on attaque sans les connaître complétement.

M. BAUCHET. Je ne conteste pas les observations qui viennent de loin; mais je suis surpris des succès qu'on obtient à l'étranger. Je persiste à croire impossible la présence d'un corps étranger entre les surfaces de section de l'os, et cela d'autant plus que M. Rizzoli fait une section de l'os sous-cutanée.

M. FORGET. Je n'ai jamais mis en doute la véracité des chirurgiens étrangers; mais comme je remarquais des dissemblances entre leurs faits et ceux de MM. Boinet, Huguier et Bauchet, j'avais demandé que M. Verneuil, qui s'occupe de cette question avec tant de soin, voulût bien se livrer à une enquête plus complète. Il y avait à se demander si l'âge des opérés, l'épaisseur des brides, les soins consécutifs, etc., ne pouvaient pas expliquer la différence des résultats. Nous venons d'apprendre ce que nous ne savions pas, que M. Rizzoli a interposé un corps étranger entre les fragments. Je ne veux point juger les faits de M. Rizzoli; mais je remercie M. Verneuil de nous les avoir fait connaître dans tous leurs détails.

M. VERNEUIL. Tout ce que j'ai dit se trouve dans les travaux de M. Rizzoli et dans mon mémoire, et j'aurais pu croire dès lors que ces faits étaient connus. Il est certain que par le procédé de section simple qu'emploie M. Rizzoli, il y a peu d'inflammation, et qu'au bout de trois ou quatre jours on peut interposer entre les fragments un corps étranger qui s'y maintient, quoi qu'en dise M. Bauchet. Maintenant, il est possible que pour les cas compliqués la section simplo ne suffise plus; c'est une question à étudier.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 5 août 1863.

Présidence de M. Depaul.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Pennetier adresse à la Société l'*Union médicale de la Seine-Inférieure,* journal où sont relatés des détails microscopiques sur une tumeur ostéoïde du cerveau, à l'occasion de laquelle M. Pennetier avait écrit une note qui a été lue à la Société, il y a trois mois environ, par M. Houel.

Recherches physiologiques et pathologiques sur la transfusion du sang. — M. Broca lit un rapport sur le travail de M. Oré (de Bordeaux) sur ce sujet.

Un de nos confrères les plus distingués de province, M. Oré, professeur de physiologie à l'École de médecine de Bordeaux et chirurgien de l'hôpital Saint-André, vous a fait parvenir il y a quelques mois, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, un travail considérable intitulé *Recherches physiologiques et pathologiques sur la transfusion du sang.*

Il y a déjà plusieurs années que M. Oré s'occupe sans relâche de cette question à la fois physiologique et chirurgicale, et le désir de répondre à un vœu exprimé depuis longtemps déjà dans le sein de la Société de chirurgie, n'a pas été étranger à la direction qu'il a donnée à ses travaux. Plusieurs d'entre vous se souviennent sans doute de l'observation remarquable que j'ai communiquée à la Société par M. Nélaton, le 18 décembre 1850.

Il s'agissait d'une jeune femme qu'une métrorrhagie survenue pendant l'accouchement et due à l'insertion du placenta sur le col avait laissée sans mouvement et presque sans vie. Après avoir vainement mis en usage pendant une heure et demie tous les moyens ordinaires, M. Nélaton, en désespoir de cause, se décida à pratiquer la transfusion. L'un des internes de l'hôpital Saint-Louis, brave jeune homme dont je ne puis prononcer le nom sans quelque émotion, car ce nom c'est celui d'un condisciple et d'un ami regretté, Charles Dufour, n'hésita pas à donner son sang. La transfusion eut un résultat immédiat presque inespéré. La malade, qui un moment avait paru morte, se ranima,

le pouls se releva, la chaleur revint, au bout de deux jours les mamelles commencèrent à se tuméfier, et ceci permettait de compter sur un succès remarquable, lorsqu'un accident malheureusement trop fréquent dans les hôpitaux, la métro-péritonite puerpérale, fit périr la malade vingt et un jours après la transfusion.

Lorsque ce fait important nous fut communiqué, personne ne songea à rendre la transfusion responsable de la mort. La transfusion avait produit tout ce qu'on pouvait lui demander. Elle avait ressuscité la malade, mais elle n'avait pu la soustraire aux autres chances de mort inhérentes à l'accouchement. Aussi la Société fut-elle vivement frappée du bénéfice dû à la transfusion, et M. Larrey en particulier émit le vœu que cette opération, trop vantée autrefois sans doute, mais sans doute aussi trop dédaignée aujourd'hui, fût l'objet de recherches nouvelles destinées à en établir la valeur pratique.

Pour répondre au désir exprimé par notre éminent collègue, M. Oré a entrepris une double série de recherches historiques et expérimentales sur la transfusion du sang. Le travail important qu'il a lu à la Société au mois de décembre dernier, et qui est relatif à l'introduction de l'air dans les veines, se rapporte aux mêmes recherches.

Le procédé de la transfusion directe de vaisseau à vaisseau n'étant pas applicable à l'homme, c'est au moyen d'une seringue que le sang doit être transfusé, et tout le monde sait combien il est difficile de faire une injection de liquide sans s'exposer à pousser en même temps quelques bulles d'air. Il était donc nécessaire de savoir quelle est la quantité d'air qui peut sans inconvéniont être introduite dans les veines, et c'est ainsi que M. Oré a été conduit à étudier les effets des injections de gaz dans les veines.

Je n'ai pas à vous entretenir du travail qu'il vous a communiqué sur cette dernière question, et qui doit être l'objet d'nn rapport spécial ; mais j'ai cru devoir néanmoins vous signaler la solidarité qui existe entre les deux mémoires que M. Oré vous a soumis.

Le mémoire sur la transfusion se compose de deux parties, l'une physiologique, l'autre pathologique.

La partie physiologique est purement historique et critique ; c'est l'exposé très-complet d'une des questions les plus curieuses de la physiologie. Cette histoire sans doute a déjà été écrite bien des fois, mais l'auteur a su la rendre intéressante et surtout instructive, en reproduisant *in extenso* un grand nombre de détails piquants, de documents scientifiques et judiciaires, relatifs au célèbre procès des transfuseurs du dix-septième siècle.

M. Oré divise l'histoire de la transfusion en trois périodes : la pre-

mière, qu'on pourrait appeler la période des temps fabuleux, car on vit alors des choses que nous ne pouvons guère croire aujourd'hui, dura trois ans à peine, et se termina en 1668 par un arrêt du Châtelet, défendant de pratiquer la transfusion chez l'homme sans l'approbation d'un docteur régent de la Faculté de Paris. Par suite de cet avis la transfusion fut abandonnée, puis oubliée, et il n'en fut plus question pendant une période de deux cent cinquante ans. Enfin la troisième période, qui mérite d'être appelée la période scientifique, fut inaugurée en 1818 par les travaux de Blondell.

Cette fois les recherches expérimentales furent dirigées d'une manière méthodique, et dans un but parfaitement déterminé. Pendant la première période, on avait poursuivi le but illusoire de régénérer le sang par la transfusion, de guérir les maladies les plus diverses, la folie, l'épilepsie, la phthisie, et même de rajeunir les vieillards; on injectait dans les veines de l'homme le sang du veau ou de l'agneau; le sang de ces bêtes innocentes paraissait préférable au sang humain, parce que personne n'ignorait alors que la nature de l'homme est corrompue depuis le péché originel, tandis que la brute, n'ayant ni passions ni déréglements, fournit un sang pur et naturel. Aussi avait-on appris sans trop de surprise qu'un fou, traité par l'injection de quelques onces de sang de veau, avait recouvré assez de raison pour se confesser et pour cesser de battre sa femme.

Blondell, écartant ces étranges théories, se demanda toutefois si la transfusion, accueillie dans l'origine avec un enthousiasme presque insensé, n'avait pas été rejetée ensuite avec une sévérité trop exclusive. Il pensa que cette opération, compromise par des applications aussi imprudentes qu'absurdes, pouvait fournir du moins une ressource précieuse dans les cas où la vie est menacée par suite d'une perte de sang trop considérable. Ce fut dans ce sens qu'il dirigea ses recherches, et la plupart des expériences de transfusion qui ont depuis lors été faites sur les animaux ont eu pour but de déterminer les conditions favorables au succès de la tranfusion pratiquée dans de pareilles circonstances.

Parmi les auteurs qui ont contribué à répandre de la lumière sur ce sujet, on doit citer en première ligne MM. Prévost et Dumas, Dieffenbach, Bischoff, Polli, Brown-Séquard, et enfin M. Nicolas, auteur d'une thèse importante sur la transfusion du sang, soutenue en 1860 devant la Faculté de Paris.

Il résulte des expériences nombreuses et variées qui leur sont dues, que le sang défibriné d'un animal peut être sans inconvénient injecté à petite dose dans les veines d'un animal de même espèce; que les animaux, épuisés par une saignée préalable et plongés dans un état

d'anéantissement qui serait mortel sans la ressource de la transfusion, peuvent par ce moyen être rappelés à la vie, et qu'il suffit pour cela de leur injecter une quantité de sang bien inférieure à celle qu'ils ont perdue. Mais il reste encore bien des points obscurs ou incertains qui réclament de nouvelles expériences. La dose de l'injection, la température du sang injecté, la qualité de la défibrination préalable et du procédé de défibrination, le manuel opératoire et un grand nombre de détails de pratique restent encore à déterminer. Il est clair que l'opération de la transfusion ne pourra prendre rang dans la chirurgie classique que lorsque toutes ces questions auront été définitivement résolues. C'est pour cela que M. Oré a consacré plusieurs années à l'étude expérimentale de la transfusion, et si l'on songe à la fréquence de la mort par hémorrhagie, à la situation émouvante d'un chirurgien, qui, après avoir arrêté le sang, se trouve cependant dans l'impuissance de ramener son malade à la vie, on reconnaîtra que ce sujet est un de ceux qui méritent le plus de fixer notre attention. C'est un de ces cas que l'on pourrait citer parmi beaucoup d'autres, où l'expérimentation faite sur les brutes sert directement les intérêts de l'humanité, et où les plus fervents protecteurs des animaux doivent réserver une partie de leur sensibilité pour les êtres humains que les progrès de la chirurgie expérimentale peuvent arracher à la mort.

Désirant mettre la dernière main à ses recherches personnelles avant de vous les communiquer, répondre à toutes les objections et faire disparaître les contradictions apparentes qui existent entre certains résultats annoncés par ses prédécesseurs, M. Oré n'a pas cru devoir encore traiter devant vous *in extenso* la question physiologique. Il a jugé d'ailleurs que le point essentiel, pour le moment, était de démontrer par des observations recueillies sur l'homme, l'utilité pratique de la transfusion. Pour cela il a rassemblé avec le plus grand soin, et reproduit intégralement dans son mémoire, toutes les observations de transfusion qui ont été publiées depuis 1818, soit en France, soit à l'étranger. Cet exposé est nécessairement fort long, mais vous n'en méconnaîtrez pas l'utilité. Un tableau statistique de 79 cas termine le mémoire de M. Oré. L'auteur a dû y faire figurer un certain nombre de faits dont je ne vous entretiendrai pas; quoique j'aie donné à la troisième période de l'histoire de la transfusion le nom de période scientifique, qu'elle mérite incontestablement, il est arrivé plus d'une fois que des praticiens aventureux, comme il y en aura toujours, ont osé traiter par la transfusion des phthisiques, des cancéreux, des fous, des individus atteints de dyssenterie ou même de maladies qu'ils n'ont pu caractériser. Ces faits, qui sont au nombre de

neufs, me paraissent devoir être mis de côté. Je glisserai également sur quatorze cas d'anémie spontanée ou de chlorose, qui ne me semblent pas de nature à servir de modèle. Restent donc 56 cas de transfusion pour hémorrhagie ; ce sont les seuls qui, dans l'état actuel de la question, doivent nous préoccuper.

La transfusion a été pratiquée dix fois pour des hémorrhagies traumatiques et a sauvé 5 malades.

Elle a été pratiquée 46 fois chez des femmes en couches, rendues exsangues par d'excessives pertes de sang. 38 malades, c'est-à-dire 82 pour 100, se sont rétablies.

Ces résultats parlent d'eux-mêmes, et j'ajoute que le succès direct, immédiat de la transfusion, a été plus grand encore que ne l'indiquent les chiffres précédents. Trois accouchées, entre autres celle de M. Nélaton, ont succombé à des accidents puerpéraux tardifs; ce qui porte à 41 sur 46 le nombre des femmes chez lesquelles la transfusion a produit les effets qu'on en attendait. De même, les cinq malades atteints d'hémorrhagies traumatiques qui n'ont pas été guéris ont succombé à des accidents auxquels la transfusion était tout à fait étrangère. Mais faisons si l'on veut la part des interprétations; n'acceptons comme concluantes que les observations de guérisons complètes et définitives ; laissons à la charge de la transfusion tous les cas où d'autres causes ont fait périr les malades ; il restera encore ce fait bien remarquable et bien encourageant que la transfusion a guéri 50 pour 100 des individus épuisés par des hémorrhagies traumatiques, et 82 pour 100 des femmes guéries par des hémorrhagies puerpérales.

Cette opération, trop peu usitée, mérite donc plus d'attention qu'on ne lui en accorde généralement, et M. Oré aura rendu à la chirurgie un service réel en contribuant par ses recherches persévérantes à la répandre dans la pratique.

Votre commission, Messieurs, a l'honneur de vous proposer :

1° De remercier M. Oré de son importante communication ;

2° De l'inviter à vous faire parvenir prochainement le travail de physiologie expérimentale où seront consignés les résultats de ses recherches personnelles ;

3° De renvoyer son mémoire au comité de publication ;

4° D'inscrire honorablement son nom sur la liste des candidats aux places de correspondants nationaux qui seront bientôt déclarées vacantes.

M. CHASSAIGNAC. Je voudrais savoir si parmi les malades dont M. Oré a cité l'observation, il y en a un grand nombre chez lesquels le sang a été défibriné avant d'être transfusé; et je fais cette ques-

tion parce que dans le seul cas de transfusion que j'ai pratiqué, cette manœuvre de la défibrination m'a laissé une mauvaise impression : il m'a semblé qu'on enlevait au sang une partie de sa vitalité.

M. BROCA. J'ai signalé dans mon rapport la question de la défibrination comme étant encore à l'étude. Dans la majorité des cas, le sang a été défibriné. On a reconnu dans les expériences sur les animaux que la défibrination était utile, mais alors elle avait été complète. Or, il est extrêmement difficile d'obtenir cette défibrination complète; le plus souvent on laisse subsister des fragments de fibrine qui produisent des lésions que l'on retrouve à l'autopsie. Dans son travail, M. Oré a eu pour but d'éclairer cette question.

M. MOREL-LAVALLEE. Il serait très-essentiel de savoir quel était l'état des malades avant l'opération, et sur quel ensemble de symptômes on s'est basé pour juger que la transfusion était indiquée.

M. FORGET. Je pense qu'il serait intéressant de savoir si les cas dans lesquels le sang a été défibriné sont ceux qui ont été suivis de succès.

M. BROCA. Dans un très-grand nombre d'observations, on ne dit pas comment le sang a été traité. Ce sont Bischoff et Dieffenbach qui les premiers ont fait ressortir les avantages de la défibrination. Toutefois, chez les animaux où la transfusion peut se faire de vaisseau à vaisseau, l'opération réussit mieux. Je ne prétends pas qu'il faille exagérer l'importance de la fibrine, car ce sont les globules qui paraissent jouer le rôle principal. Il n'est pas question de rendre au malade tout le sang qu'il a perdu, mais bien de lui donner la force et le temps d'en refaire. M. Morel me fait une question qui se pose dans toutes les grandes opérations. Il y a un moment où l'ensemble des phénomènes est tel, que pour tout médecin instruit le malade est perdu : c'est alors qu'on opère.

M. MOREL-LAVALLEE. En dehors de cette appréciation, basée sur le tact médical, il y a des symptômes qui ont dû fournir les indications, et c'est ce que je voudrais voir signalé dans les observations.

M. CHASSAIGNAC. Je n'avais pas décidé seul l'opération chez la malade dont je viens de parler ; M. Monneret m'avait engagé à opérer, parce que la malade était tout à fait mourante. Ce cas ne fut pas heureux, et j'avais été découragé, parce que la manœuvre de la défibrination me paraissait mauvaise, et que, d'un autre côté, si on ne défibrine pas, un caillot vient oblitérer la canule. La lecture du travail de M. Oré me fait revenir sur ma première impression, et j'y vois que la défibrination n'est pas une chose aussi mauvaise que je l'avais cru.

M. VERNEUIL. Je prends la question de M. Morel, et je crois qu'il serait utile de voir les observations à ce point de vue. Mais il est juste de remarquer que pour ces opérations faites *in extremis*, la critique est difficile. Sans doute, la transfusion pourrait, dans les cas d'hémorrhagie traumatique, être pratiquée plus souvent ; mais on est pris au dépourvu, on perd du temps, et on ne songe pas à l'opération. J'ai vu, pour mon compte, mourir plusieurs malades par suite d'hémorrhagies traumatiques sans qu'il ait été possible de leur apporter aucun secours, et quand on avait arrêté l'hémorrhagie, la vie s'éteignait quelquefois deux ou trois heures après, à la suite de l'épuisement excessif causé par la perte du sang.

M. MOREL. Je n'ai pas critiqué les opérations qui ont été faites ; j'ai demandé si les auteurs des observations avaient donné des détails qui nous permissent de juger s'ils ont toujours opéré à propos.

M. BROCA. On a parlé de la nécessité de maintenir le sang chaud ; mais on l'injecte en si petite quantité, qu'on pourrait le laisser refroidir sans inconvénient. La réfrigération est d'ailleurs un moyen de retarder la coagulation. Il y a encore un autre moyen d'empêcher la coagulation ; ce moyen, que les transfuseurs connaissaient bien, consiste dans l'emploi des alcalins, tels que le sel ammoniac, le carbonate de soude.

M. DEPAUL. La question de la transfusion a eu le sort de beaucoup d'autres qui ont été successivement reprises et abandonnées. Cela me donne déjà une certaine défiance à son égard. En ce qui concerne les femmes en couches, je dois dire que j'ai lu les observations, et je n'en ai pas trouvé une seule qui fût concluante ; je suis donc surpris que M. Broca ait paru croire que l'on guérit 82 malades sur 100. Je suis convaincu que les femmes opérées qui ont été guéries l'auraient été sans cela. Il ne faut pas oublier que les hémorrhagies des femmes en couches ont lieu de deux façons. Tantôt leur marche est aiguë, rapide, en quelque sorte foudroyante, et alors on n'a pas le temps d'agir ; tantôt l'hémorrhagie est lente, chronique, pour ainsi dire, et il est très-rare qu'elle entraîne la mort. Somme toute, l'opération de la transfusion m'inspire peu d'enthousiasme.

M. BROCA. J'ai dit sans doute que l'opération de la transfusion méritait plus d'attention qu'on ne lui en donnait généralement, mais je n'ai pas prétendu que l'on puisse guérir ainsi 82 malades sur 100. M. Depaul a distingué les hémorrhagies aiguës et les hémorrhagies lentes. Entre ces deux formes, il y en a une autre qui comprend les cas dans lesquels les malades ont perdu beaucoup de sang, conservent encore un pouls très-faible et meurent au bout de quelques

heures sans que le sang ait continué à couler. J'ai vu avec M. Blot une malade qui a mis deux heures à mourir ainsi. D'après ces cas, auxquels M. Verneuil a fait allusion, on pourrait, après avoir mis en usage tous les autres moyens, avoir recours à la transfusion.

M. BLOT. Je m'associe aux remarques qui viennent d'être présentées par M. Depaul. Quant au fait que j'ai vu avec M. Broca, si l'hémorrhagie a été fatale, c'est que la malade était albuminurique, et alors tout devenait inutile.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 12 août 1863.

Présidence de M. DEPAUL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une lettre de M. le professeur Heyfelder *sur l'uranoplastie*, et d'une lettre de M. Maisonneuve qui expose les résultats de sa pratique pour l'uréthrotomie.

M. Heyfelder adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président,

Une cause imprévue m'empêchant d'assister à la séance prochaine de la Société de chirurgie, j'ai l'honneur de vous transmettre par écrit les réflexions que je voulais soumettre à la Société.

Comme je l'ai appris, la Société de chirurgie a déjà discuté une fois l'*uranoplastie*, opération à l'aide de laquelle M. Langenbeck (de Berlin) a réussi à guérir la fissure congénitale et acquise du palais osseux (la gueule de loup), et que cet illustre chirurgien vient d'exécuter pour la soixantième fois.

Pendant mon séjour à Berlin, au mois de juin, j'ai non-seulement assisté à trois de ces opérations exécutées avec une grande dextérité, mais j'ai pu aussi suivre la marche de la guérison, quoique je sois parti avant leur cicatrisation complète. J'ai vu en outre deux autres opérés de Langenbeck, sur lesquels j'ai constaté l'occlusion parfaite de la fissure congénitale du palais.

Quoique je puisse supposer que le procédé de M. Langenbeck vous est suffisamment connu, je veux pourtant rappeler que l'ablation des bords des parties molles de la fissure du palais faite, M. Langenbeck exécute immédiatement après deux incisions semi-circulaires au-dessous des

rebords alvéolaires ; en même temps il coupe aussi les muscles du palais, ce qui, suivant ce qu'il a observé, favorise beaucoup la mise en contact immédiate des bords saignants de la fissure du palais ; mais ce temps de l'opération cause aussi quelquefois (ce que j'ai vu) une forte hémorrhagie difficile à faire cesser.

J'ai assisté à une opération où un autre chirurgien d'Allemagne se vit obligé d'employer le fer rouge pour arrêter l'hémorrhagie causée par l'incision des muscles du palais.

Après cela, M. Langenbeck relève les parties molles et le périoste qui recouvrent les os du palais, ce qu'il fait avec des leviers de différentes formes et espèces.

Pour rapprocher les bords saignants de la fissure, M. Langenbeck met d'abord un fil d'argent immédiatement au-dessus de la luette (uvula), ce qui facilite beaucoup l'application des autres points de suture, dont l'un est de soie et l'autre de métal, alternativement, dans la plupart des cas ; ces points sont au nombre de neuf.

C'est pour fermer la fissure du palais par une substance *dure* que ce chirurgien relève le périoste laissé en contact avec la muqueuse, car il a la conviction que de cette manière une substance osseuse de nouvelle formation produit l'occlusion de la fissure congénitale du palais.

Jusqu'à présent je n'ai pas eu l'occasion de me convaincre suffisamment par des observations si une telle occlusion ferme et osseuse, provenant du périoste déplacé, pouvait être obtenue par l'opération ingénieuse de M. Langenbeck. Mais, suivant les résultats très-favorables acquis déjà, ce procédé mérite l'attention des chirurgiens de tous les pays, et c'est particulièrement sur ce point que j'appelle l'attention de la Société de chirurgie, dont plusieurs membres ont, m'a-t-on dit, exécuté l'opération en question. Agréez, etc.

Dr Heyfelder.

10 août 1863. »

A Monsieur le Président de la Société de chirurgie.

« Monsieur le président,

Dans la discussion que poursuit en ce moment la Société de chirurgie sur l'importante question de l'uréthrotomie, plusieurs de nos collègues ont fait intervenir une prétendue statistique de mes opérations.

Comme cette statistique incomplète et tronquée présente des inexactitudes graves, j'ai pensé qu'il convenait, dans l'intérêt de la science et de la vérité, de la rétablir telle qu'elle est et telle que chacun peut la relever sur les registres des hôpitaux.

Seulement, avant d'en exposer le tableau, je ferai remarquer :

1° Que cette statistique, qui comprend une période de dix années, date d'une époque où l'opération de l'uréthrotomie était à peu près inconnue dans la pratique des hôpitaux de Paris ;

2° Que les procédés à l'aide desquels je suis parvenu à vulgariser cette opération ont dû se modifier quelque peu sous l'influence d'une longue expérience ;

3° Que, pour apprécier sainement la valeur de nos procédés opératoires, il nous paraît juste de considérer surtout la dernière période de notre pratique, où ces procédés avaient acquis toute leur perfection.

Pour ces motifs, nous avons cru devoir diviser notre statistique en trois périodes :

1° La période de 1853 à 1858, où nous faisions usage de l'uréthrotome à lame découverte non émoussée, et sans emploi de la sonde à demeure ;

2° La période de 1858 à 1861, où, entraîné par les éloges donnés aux grandes incisions, nous nous servions du lithotome caché du frère Côme ;

3° La période de 1861 à 1863, où nous avons adopté notre uréthrotome à lame découverte mais émoussée, et l'usage rigoureux de la sonde à demeure.

Or voici le résumé succinct de ces trois périodes :

1re période :	70 opérés,	65 guéris de l'opération.
2e —	30 opérés,	24 guéris de l'opération.
3e —	40 opérés,	39 guéris.
Total,	140 opérés,	128 guéris.

1re période :	5 morts de l'opération,	4 morts de causes étrangères.
2e —	6 morts de l'opération,	2 morts de cause étrangère.
3e —	1 mort par imprudence (avait retiré sa sonde.)	
Total,	12 morts.	

Je joins à cette lettre un tableau très-détaillé qui permettra de vérifier chaque observation.

Résumé statistique des opérations d'uréthrotomie pratiquées par M. Maisonneuve, de 1853 à 1863.

Première période, de 1853 à 1858. — Emploi de l'uréthrotome à lame découverte non émoussée. — Pas de sonde à demeure.

Opérés, 70 ; guéris de l'opération, 65 ; morts de l'opération, 5 (nos 1, 11, 21, 47, 64) ; morts non imputables à l'opération, 4 (nos 36, 41, 60, 67).

Deuxième période, de 1858 à 1861. — Grandes incisions avec le lithotome du frère Côme.

Opérés, 30 ; guéris de l'opération, 24 ; morts de l'opération, 6 (nos 71, 76, 80, 81, 97, 98) ; morts non imputables à l'opération, 2 (nos 73, 92).

Troisième période, de 1861 à 1863. — Uréthrotome perfectionné à lame émoussée. — Sonde à demeure après l'opération.

Opérés, 40 ; guéris de l'opération, 39 ; mort de l'opération, 1 (no 132).

Total général : Opérés, 140 ; guéris de l'opération, 128 ; morts de l'opération, 12 ; morts non imputables à l'opération, 6.

Veuillez agréer, etc. Dr MAISONNEUVE.

11 août 1863. »

M. CHASSAIGNAC demande que la lettre de M. Maisonneuve soit simplement renvoyée aux archives, parce que cette lettre arrive lorsque la discussion sur l'uréthrotomie est close, et que non-seulement elle contient une rectification, mais encore une exposition de faits qui forcera de recommencer cette discussion.

M. VERNEUIL pense, au contraire, que le document fourni par M. Maisonneuve doit être inséré purement et simplement dans les *Bulletins*, parce que ce document émane d'un membre de la Société.

La question est mise aux voix, et la Société décide que la lettre de M. Maisonneuve sera insérée dans les *Bulletins*.

M. FOUCHER fait un rapport verbal *sur les sondes en caoutchouc vulcanisé et sur celles en séve de balata*.

Messieurs, j'ai été chargé, il y a près de trois mois, d'expérimenter deux nouvelles espèces de sondes qui vous avaient été présentées ici, les unes par M. Galante, les autres par M. Bénas.

Les sondes de M. Galante sont en caoutchouc vulcanisé ; elles sont d'une flexibilité remarquable, et malgré cela, elles s'introduisent dans l'urèthre et jusque dans la vessie avec la plus grande facilité et sans mandrin. Ces sondes sont destinées à rendre de grands services, mais dans des cas restreints. Toutes les fois que le cathétérisme est nécessité par une atonie ou une paralysie de la vessie, par une hypertrophie prostatique ayant dévié l'urèthre sans le rétrécir notablement, la sonde en caoutchouc vulcanisé pénètre bien. Avec elle les fausses routes sont impossibles, et la même sonde peut servir très-longtemps, car en voici une qui est en usage dans mes salles

depuis trois mois, et cela journellement, et elle ne présente pas la moindre altération, tandis que les sondes ordinaires s'écaillent promptement et deviennent alors dangereuses.

Je ne pense pas qu'il soit avantageux de laisser ces sondes à demeure ; d'abord elles se fixent difficilement, mais enfin on y parvient ; en outre, elles m'ont paru plus irritantes pour la muqueuse uréthro-vésicale que les sondes ordinaires. J'ai vu une blennorrhagie se déclarer chez un malade dans l'urèthre duquel j'avais maintenu une de ces sondes pendant trois jours. Toutes les fois que l'urèthre est rétréci, il ne faut plus compter sur les sondes en caoutchouc, dont l'introduction serait souvent impossible, même avec un mandrin, et dont les avantages sur les sondes ordinaires disparaissent complétement.

Les bougies et les sondes de séve de balata présentées par M. Bénas sont fabriquées de deux façons.

Les bougies sont formées d'une tige très-fine en baleine, que l'on recouvre de couches de séve de balata. Les sondes sont faites avec un tissu tramé comme les sondes ordinaires.

Ces bougies et ces sondes peuvent s'employer dans tous les cas, leur introduction ne demande aucune précaution particulière. La question était de savoir si elles s'altéraient plus ou moins que les sondes ordinaires. Ces sondes plongées dans l'eau bouillante ne subissent aucune altération, mais il en est de même des sondes ordinaires.

Voici deux sondes qui ont séjourné l'une et l'autre dans la vessie du même malade pendant dix jours : celle de séve de balata n'est pas altérée, la sonde ordinaire commence à s'écailler. On a dit que les sondes de séve de balata pouvaient servir à prendre l'empreinte des rétrécissements et des hypertrophies prostatiques, je n'ai rien vu de semblable.

En résumé, les sondes et les bougies de séve de balata fabriquées par M. Bénas sont bonnes, elles peuvent remplacer les sondes et les bougies ordinaires, et si le fabricant peut les fournir à meilleur marché que celles-ci, elles mériteront la préférence.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je fais usage depuis assez longtemps des sondes en caoutchouc vulcanisé, et je m'associe aux éloges que M. Foucher leur a donnés ; mais je ne saurais admettre avec M. le rapporteur que ces sondes ne peuvent servir dans les cas de rétrécissement. Je pense, au contraire, que l'on peut les employer avec avantage dans ces cas. Elles peuvent alors s'introduire avec un mandrin, et leur tissu souple a cependant une résistance élastique très-propre à dilater les parties rétrécies.

Plaie pénétrante de l'abdomen. — M. DEGUISE communique sur ce sujet l'observation suivante :

R... (Jean-Joseph), âgé de trente ans, célibataire, cultivateur, né à Saint-Benoît (Vosges), demeurant à Saint-Maur (Seine), entré à l'hospice de Charenton le 9 avril 1863, est sorti guéri le 27 mai de la même année.

Le 9 avril dernier, à trois heures et demie du soir, le nommé R..., employé à la ferme modèle du bois de Vincennes, est renversé par un taureau et frappé d'un coup de corne.

Les médecins qui portent les premiers secours au blessé constatent une large plaie à la partie inférieure du bas-ventre et qui livre passage à une portion d'intestin dont ils évaluent la longueur à 2 mètres. Ils tentent la réduction de cette énorme masse, et, après bien des efforts, parviennent à la refouler à travers la plaie. Ils appliquent un bandage contentif, puis le blessé est immédiatement conduit à l'hospice de Charenton, où il arrive vers six heures, trois heures environ après l'accident.

La figure est pâle, anxieuse; le pouls petit, lent; la peau froide; l'abdomen est tendre, douloureux dans toute son étendue.

J'enlève avec précaution les bandes appliquées sur le bas-ventre, et je mets à nu une plaie qui se trouve à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'aine droite et peut avoir 12 à 15 centimètres environ d'étendue ; ses bords sont irréguliers, inclinés de dedans en dehors et de bas en haut.

Au-dessus de cette plaie, le ventre présente une forte bosselure rendant un son clair à la percussion et que j'évalue au volume des deux poings. Cette saillie n'est autre que la masse intestinale dont on a tenté la réduction quelques instants avant l'arrivée du blessé à l'hôpital.

Effectivement, en écartant les lèvres de la plaie, je constate et je fais constater aux assistants (1) que l'intestin n'a pas été réduit dans le ventre, mais a été simplement refoulé entre les muscles et les téguments. Cet intestin, qui appartient à l'iléum, occupe donc un vaste cul-de-sac sous-cutané se dirigeant verticalement en haut ; sa coloration est d'un rouge vif ; sa chaleur est normale ; il baigne dans un sang clair et diffluent. (Le blessé paraît avoir perdu une grande quantité de sang.)

En allant à la recherche de la communication péritonéale, je la

(1) M. le docteur Rousselin, médecin adjoint de la Maison de Charenton ; M. Thuillié, interne du service de chirurgie, ainsi que les deux médecins dont j'ai parlé plus haut.

découvre au sommet du cul-de-sac, de telle sorte que cette communication se trouve située au moins à 5 ou 6 centimètres au-dessus et en dedans de la plaie externe. La communication péritonéale peut admettre l'extrémité de deux doigts ; ses bords sont amincis, déchirés.

J'amène doucement au dehors toute la portion d'intestin comprise dans le cul-de-sac, et, après m'être assuré qu'elle n'offrait aucune trace de déchirure, je tentai à plusieurs reprises, mais inutilement, sa réduction. Je me décide alors à inciser le cul-de-sac dans toute sa hauteur, puis à agrandir l'ouverture péritonéale verticalement en haut dans l'étendue de 2 centimètres. Ce ne fut qu'à cette condition que l'intestin put être réduit en totalité.

Deux points de suture comprenant le péritoine et toute l'épaisseur des muscles abdominaux maintinrent la réduction.

Un linge troué fut appliqué au fond de la plaie et recouvert de bourdonnets de charpie, de façon que le cul-de-sac sous-tégumentaire fût à peu près comblé ; quelques compresses et un spica modérément serré complétèrent le pansement.

On administre une potion éthérée, de la glace à l'intérieur, en même temps que des vessies remplies de glace furent apposées sur l'abdomen.

A neuf heures du soir, le blessé était assez calme ; le pouls était à 78, la peau légèrement chaude; il existait une douleur vague dans tout le ventre.

Le 10, un vomissement aqueux; pas de selles; pouls comme la veille au soir; peau chaude, langue humide, pas de soif; douleurs abdominales continues, mais obtuses. — Continuation de la glace, eau de Seltz, limonade, lavement huileux.

Le 11, pouls à 80 ; le ventre est moins douloureux.

Cinq ou six vomissements de matières noirâtres avec reddition d'un lombric. Point de selles. — Même prescription.

Le 12, nausées, douleurs dans toute l'étendue de l'abdomen ; il n'y a pas encore eu de selles; le pouls est à 70. — Huile de ricin, 20 grammes, vomie quatre heures après son ingestion.

A trois heures de l'après-midi : séné, 12 grammes, dans une infusion de café. Selles très-copieuses dans la soirée.

Le 13, pas de vomissement. Le malade est calme, point de douleurs abdominales ; premier pansement. Les points de suture sont retirés (quatre-vingt-dix-huit heures après l'opération). La plaie est belle. Pansement simple.

On continue l'eau de Seltz, la limonade et la glace; un peu de bouillon de poulet.

Le 14, peau sèche, soif vive; pouls à 80; ventre souple ; une selle

dans la matinée. La plaie continue à être en bon état. — Même prescription.

Le 15, pas de selles; insomnie, abattement, douleurs vives dans toute la région hypogastrique du côté droit, qui paraît ballonnée. Urines très-épaisses, pouls à 88.— Même prescription, plus un lavement huileux.

Le 16, une selle avec expulsion d'un lombric; insomnie, douleurs abdominales assez intenses, peau chaude; pouls à 88. Le malade n'a pas uriné depuis hier. Il est sondé deux fois dans la journée. La plaie continue à présenter un bon aspect; seulement elle offre une légère tuméfaction du volume d'une olive au niveau de son angle interne.

Le 17, la nuit a été bonne; les douleurs abdominales se sont calmées. Le malade a uriné seul. Le pouls reste à 86, mais la langue est humide. Point de selles. La plaie bourgeonne. — Deux bouillons; huile de ricin, 20 grammes.

Le 18, selles copieuses, pouls comme hier, langue bonne, appétit. — La glace est supprimée; trois bouillons.

Le 19, même état.

Le 20, il y a de l'insomnie; les douleurs abdominales ont reparu; la langue s'est recouverte d'un enduit blanchâtre; le pouls est petit, à 86. Le malade a uriné, mais n'est point allé à la selle. — Huile de ricin, 16 grammes.

Le 21, selles copieuses, amélioration sensible. La plaie est très-belle et se recouvre de bourgeons vigoureux; la petite tuméfaction qui existait à l'angle interne a disparu. — Trois potages.

Le 22, quelques pustules très-discrètes de varioloïde apparaissent sur le ventre et les cuisses. (Il y a deux varioleux dans la salle.) Le pouls est à 80; la peau est bonne; la langue humide; l'appétit continue. — Trois potages; vin de Bordeaux.

Le 23, les pustules n'ont pas augmenté, et l'état général du malade reste bon.

Le 24, rien de nouveau.

A dater de ce jour, l'alimentation est progressivement augmentée. La plaie se rétrécit de jour en jour. Le malade reprend des forces; il commence à sortir de son lit dans les premiers jours du mois de mai, et le 27 du même mois, c'est-à-dire quarante-huit jours après l'accident, il quitte l'hôpital complétement guéri.

Telle est, Messieurs, l'observation du blessé que je vous ai présenté dans la séance du 12 août. Maintenant, il est absolument nécessaire que j'aille au-devant d'un reproche qui pourrait m'être adressé, à savoir: que le fait dont je viens de vous entretenir a déjà été publié

dans une autre société savante. (Société de médecine pratique, séance du 4 juin 1863.) Ma réponse sera courte.

Cette communication dans une autre enceinte a été faite à mon insu, et je n'en ai eu connaissance que quelques jours avant de vous présenter mon blessé, en lisant un compte rendu de la Société de médecine pratique.

Ma surprise, je vous l'avoue, a été grande, en apprenant que cette communication avait pour auteur M. le docteur Deperthuis (de Champigny), qui assistait à l'opération dont je vous ai entretenus.

J'éprouve le regret, en terminant, d'être obligé de dire que ce médecin, en publiant un fait qui ne lui appartenait point, en taisant à dessein mon nom et celui du service d'hôpital dans lequel ce fait a été recueilli, en employant une rédaction assez complaisante qui lui permît de s'adjuger un certain air de propriété, a manqué à toutes les bienséances et à tous les usages généralement acceptés.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 19 août 1863.

Présidence de M. DEPAUL.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

M. BOURGUET (d'Aix) envoie un travail *sur la guérison radicale des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation.*

La guérison radicale des rétrécissements de l'urèthre est considérée comme impossible par quelques chirurgiens. Ainsi, dans une discussion récente à la Société de chirurgie, nous voyons un membre très-distingué de cette Société, M. Dolbeau, terminer son argumentation en concluant d'une manière formelle : *qu'il n'existe pas de moyen de guérir radicalement les rétrécissements de l'urèthre* (1).

Cette proposition, posée dans des termes aussi absolus, est-elle parfaitement exacte? Nous ne le pensons pas pour notre compte, et nous allons chercher à le démontrer à l'aide de quelques faits cliniques. Nous sommes heureux, au reste, de nous trouver à ce sujet en communauté de vues avec un maître éminent, M. Velpeau, qui déclarait, dans cette même séance, *avoir vu des guérisons définitives après plusieurs années de traitement par la dilatation* (2), regrettant, d'un

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 2e série, t. IV, p. 221.

(2) *Ibid.*, p. 218.

autre côté, d'être en dissentiment avec un collègue aussi estimable que M. Dolbeau.

Que la récidive soit la règle générale, quelle que soit la méthode mise en pratique, le fait ne nous semble pas contestable, et ne se reproduit que trop fréquemment, au grand désespoir du malade et du médecin. Mais de là à nier la possibilité de la guérison radicale dans tous les cas, il y a encore évidemment une très-grande distance.

La conclusion contre laquelle nous croyons devoir nous élever présente, à notre avis, un double inconvénient :

1° Elle s'éloigne de la vérité, que la science ne doit jamais perdre de vue, et que la Société de chirurgie en particulier a constamment cherché à faire prévaloir.

2° Elle est décourageante dans la pratique, et pourrait par cela même, dans quelques cas donnés, détourner le chirurgien et le malade de la persévérance dans le traitement, condition indispensable de succès dans une maladie essentiellement tenace et rebelle, telle que les rétrécissements de l'urèthre.

A tous ces points de vue, nous croyons utile de mettre les faits suivants sous les yeux de la Société de chirurgie.

Obs. I. — *Rétrécissement multiple de l'urèthre datant de sept à huit ans, guéri au moyen de la dilatation temporaire graduelle; persistance de la guérison depuis plus de seize ans.*

Dans le courant de mars 1846, nous fûmes appelé auprès de M. X..., négociant, âgé de trente-deux ans, d'une constitution faible et délicate, atteint de rétrécissement de l'urèthre depuis une huitaine d'années.

Le malade avait eu un grand nombre de blennorrhagies antérieures, qui avaient été généralement fort mal soignées. La dernière remontait à 1838. Depuis cette époque, il s'était aperçu d'une difficulté croissante dans la miction. Au moment de notre examen, les urines étaient rendues goutte à goutte et avec beaucoup de douleur; il existait un catarrhe vésical très-intense; altération générale de la santé; douleurs rénales et hypogastriques; pas de traitement antérieur.

Après quelques jours de l'usage des boissons délayantes et deux ou trois bains généraux, nous commençons le traitement par la dilatation. Des bougies en gomme élastique ou en corde à boyau, d'abord filiformes, puis de plus en plus volumineuses, sont introduites successivement dans le canal. Un premier rétrécissement est franchi dans la portion pénienne, à 5 ou 6 centimètres du méat; un second en avant du bulbe; un troisième sous la symphyse; un quatrième, enfin, plus en arrière. Le traitement dure près de trois mois. Les

bougies sont introduites une et, au début même, deux fois par jour, en les laissant en place demi-heure ou trois quarts d'heure chaque fois. Aux bougies, nous faisons succéder les sondes en étain de Mayor, qui restent à demeure pendant le même laps de temps. Lorsque la dilatation paraît complète par le passage du n° 6, et que le canal a a repris toute sa souplesse, l'introduction des sondes n'a lieu que tous les deux jours, puis tous les quatre ou cinq jours, puis enfin une fois par semaine. Nous cessons de voir le malade dans les premiers jours de juin, en lui recommandant d'introduire lui-même la sonde de temps en temps.

M. X... exécute religieusement cette prescription pendant tout le cours de 1846 et les premiers mois de 1847. Vers la fin seulement, il se borne à passer la sonde une fois par mois. A dater de mai 1847, il cesse de passer des sondes et suspend tout autre traitement. Depuis lors la dilatation n'a plus été reprise et la guérison ne s'est pas démentie. Nous nous sommes assuré, il y a peu de temps, de l'état de son canal ; nous avons pu introduire facilement une sonde en étain de 7 millimètres de diamètre. La miction se fait trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. Les fonctions génitales s'accomplissent d'une manière normale. M. X... s'est marié en 1852 et a eu des enfants. En un mot, il ne lui reste pas le moindre vestige des rétrécissements dont il a été atteint à une autre époque de sa vie.

Il nous semble impossible de ne pas apercevoir dans ce premier fait les caractères d'une guérison complète et radicale. On observera, en effet, que le malade a cessé toute médication depuis plus de seize ans ; que le canal a conservé, depuis cette époque, sa souplesse et ses dimensions normales ; que les fonctions urinaires et génitales s'accomplissent sans aucun trouble ; en d'autres termes, que la position de M. X... est aujourd'hui, à ce point de vue, identiquement la même que celle dans laquelle il se trouvait avant l'existence de son rétrécissement. En faut-il davantage pour constituer une cure radicale ? Nous ne le pensons pas, et nous sommes convaincu que l'immense majorité des médecins et surtout des malades partageront cet avis....

Dans l'observation suivante, la guérison ne nous paraît pas moins assurée, quoique remontant à une époque moins éloignée.

Obs. II. — *Rétrécissement ancien et traumatique de l'urèthre guéri par la dilatation temporaire progressive ; persistance de la guérison depuis huit ans.*

J. P..., mécanicien, âgé aujourd'hui de quarante-deux ans, bien

constitué, a reçu nos soins en 1854 pour un rétrécissement siégeant au niveau du bulbe.

Le rétrécissement remontait à plus de dix ans. Il s'était développé à la suite d'une chute sur le périnée, pendant laquelle cette région avait subi une pression violente en heurtant contre l'angle saillant d'un pieu en bois ; il s'en était suivi une hémorrhagie abondante par l'urèthre, qui avait persisté pendant cinq ou six jours.

Depuis cette époque, le malade avait été en proie aux accidents plus ou moins intenses des rétrécissements, gêne de la miction, besoins plus fréquents d'uriner, douleur en urinant, etc. ; enfin, à deux reprises différentes, il avait été pris de rétention d'urine, qui avait cédé chaque fois en cinq ou six jours sous l'influence d'un traitement antiphlogistique et émollient ; pas d'autre traitement.

Au moment de notre examen, l'urine s'écoulait par un jet très-fin, et parfois goutte à goutte ; ténesme vésical habituel ; douleur pendant la miction ; le malade ne pouvait pas retenir ses urines pendant la nuit ; une bougie filiforme passait avec beaucoup de difficulté et après de longs tâtonnements.

Le traitement par la dilatation fut commencé le 5 avril 1854. Des bougies en gomme élastique, de plus en plus grosses, furent portées dans le canal ; au bout d'un mois, on pouvait introduire le nº 6 des sondes de Mayor ; le canal avait entièrement recouvré sa souplesse et ses dimensions naturelles ; celles-ci étaient même un peu exagérées, le malade avouant n'avoir jamais uriné par un jet aussi gros. Nous cessâmes de le voir en lui recommandant d'introduire lui-même tous les jours une des sondes de Mayor, ce qu'il fit très-exactement pendant plusieurs mois. Un peu plus tard, il ne passa la sonde que tous les trois ou quatre jours, puis tous les huit jours, tous les quinze jours, enfin tous les mois.

Depuis le commencement de 1856, le cathétérisme n'a plus été pratiqué qu'à de très-rares intervalles, tous les cinq ou six mois, par exemple. A l'heure où nous écrivons, il y avait plus d'un an que le malade n'avait pas passé de sonde. Ayant eu occasion de le revoir le 26 juillet 1863 pour une autre maladie, nous avons tenu à nous assurer de l'état du canal. Une sonde en étain de 7 millimètres de diamètre a pénétré très-facilement dans la vessie. Le malade urine trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures ; il ne se lève presque jamais pendant la nuit pour satisfaire à ce besoin ; il ne souffre ni en urinant ni pendant le coït ; l'émission séminale ne présente rien de particulier ; il se livre à des occupations très-fatigantes ; en un mot, il se trouve exactement dans la même situation qu'avant son accident.

La nature traumatique de ce rétrécissement ajoute un intérêt de plus à la guérison complète et persistante du malade.

On sait quelle ténacité présentent les rétrécissements de cause traumatique et avec quelle facilité la récidive se produit en pareil cas. Et cependant, malgré ces circonstances défavorables, la cure n'en a pas moins été radicale, puisque la guérison ne s'est pas démentie depuis plus de huit ans, que le canal admet en ce moment même des sondes de 7 millimètres de diamètre, qu'il est souple dans tout son parcours, et que les fonctions qui lui sont dévolues s'accomplissent d'une manière normale.

Le fait suivant nous paraît avoir la même signification.

Obs. III. — *Rétrécissement fibro-cartilagineux complétement infranchissable; insuccès de la dilatation, de la cautérisation d'avant en arrière, de l'opération de Syme; dissection et extirpation des tissus pathologiques; guérison persistant depuis plus de six ans* (1).

Etienne C..., charretier, âgé de cinquante-trois ans, bien constitué, d'une bonne santé habituelle, a contracté une première blennorrhagie à l'âge de dix-huit ans. Depuis cette époque, il a été atteint de la même maladie à sept ou huit reprises différentes, l'écoulement reparaissant avec beaucoup de facilité et persistant très-longtemps.

Après sa quatrième blennorrhagie, il s'est aperçu que le jet de l'urine devenait plus petit et plus lent. Depuis lors, ces symptômes ont toujours été en augmentant. En 1849, il a été pris d'une rétention complète. Un premier traitement par la dilatation a amené une guérison qui a duré pendant environ un an. Au bout de ce temps, retour du rétrécissement, nouvelle amélioration par l'emploi des sondes.

En décembre 1851, troisième entrée à l'hôpital; nouvelle dilatation, nouvelle amélioration.

Huit mois après, réapparition de la rétention d'urine; séjour à l'hôpital du 18 septembre au 19 octobre 1852.

Le 15 juillet 1853, C... rentre pour la cinquième fois à l'hôpital d'Aix; opération de Syme exécutée par M. Goyrand; dilatation consécutive; amélioration assez marquée, qui persiste pendant sept à huit mois; récidive et nouvelle entrée à l'hôpital le 2 août 1855.

A cette époque, le rétrécissement est très-difficilement franchissa-

(1) Nous avons donné une relation étendue de ce fait dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine, et qui a fait le sujet d'un excellent rapport de M. le professeur Gosselin. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1861). Les quelques détails que nous allons y ajouter aujourd'hui serviront à la compléter.

ble; cependant il finit par être franchi et dilaté, mais l'amélioration obtenue ne persiste pas au delà d'un mois à six semaines.

Le 6 août 1856, septième entrée à l'hôpital. La dilatation est reprise, d'abord par M. Goyrand, pendant les mois d'août et de septembre, puis par M. Payan, pendant les mois d'octobre et de novembre. Mais cette fois le rétrécissement reste complétement imperméable, malgré toute l'attention et la persévérance qu'y apportent nos habiles collègues.

Les tentatives nombreuses et variées auxquelles nous nous livrons nous-même pendant les mois de janvier, février et mars, restent également infructueuses. Nous essayons alternativement, et sans succès, les sondes et les bougies en gomme élastique, en corde à boyau, en baleine, en ivoire flexible, droites, courbes, tortillées, portées directement au-devant du rétrécissement ou précédées d'un conducteur, en introduisant une seule ou plusieurs petites à la fois, d'après la méthode de Béniqué, recourant d'autres fois au cathétérisme à l'aide de la sonde conique de Boyer, au contact prolongé de la sonde avec le rétrécissement ou dilatation vitale, comme le faisait Dupuytren; nous essayons de cautériser la partie antérieure de la coarctation, en vue de la ramollir et de la rendre plus perméable; en un mot, nous passons successivement en revue toute la série des moyens conseillés pour franchir les rétrécissements difficiles, sans qu'aucune de nos tentatives aboutisse, nous ne dirons pas à traverser la coarctation, mais seulement à s'engager dans son intérieur.

Dans ces circonstances, nous nous décidons à pratiquer l'uréthrotomie périnéale externe combinée à l'excision du rétrécissement, opération à laquelle nous procédons, le 23 mars 1857, de la manière suivante :

Un cathéter courbe est porté dans l'urèthre jusqu'au-devant de l'obstacle. Une bougie en gomme élastique pénètre dans la vessie à l'aide d'une fistule périnéale qui existe depuis très-longtemps, et par laquelle s'échappe la totalité des urines. Cela fait, et le scrotum relevé, nous pratiquons une incision de 4 à 5 centimètres d'étendue, dirigée d'avant en arrière, depuis la racine des bourses jusqu'à 15 millimètres au-devant de l'anus. Cette incision, pratiquée couche par couche, met à découvert le tissu propre du rétrécissement formé par une masse indurée, du volume d'une grosse olive, d'un blanc nacré, d'une densité approchant de celle du cartilage. Ce tissu morbide est soulevé au moyen d'une érigne, disséqué à droite et à gauche, isolé des tissus voisins et complétement enlevé au moyen du bistouri et des ciseaux courbes.

La plaie qui en résulte, lorsque les tissus sont revenus sur eux-

mêmes, représente une plaie toute simple, de 20 à 25 millim. de longueur, analogue à celles résultant de l'opération de la boutonnière, de l'opération de Syme ou de la taille médiane, et à laquelle aboutissent en avant et en arrière les deux bouts de l'urèthre. Une sonde en gomme élastique de 7 millimètres de diamètre est alors portée dans la vessie et laissée à demeure. Elle traverse facilement le bout antérieur et la plaie du périnée, mais se trouve un peu serrée quand elle arrive vers la fin de la portion membraneuse. Un ténotome mousse, introduit dans le canal à côté de la sonde, sert à pratiquer deux petites incisions latérales de 3 à 4 millimètres de profondeur sur 18 à 20 millimètres de longueur, véritable uréthrotomie intra-uréthrale, destinée tout à la fois à faciliter l'introduction de la sonde et à agrandir le canal dans sa portion la plus étroite, de façon à placer le malade dans les conditions les plus favorables possible pour la cure radicale.

Cette opération présente des suites extrêmement simples. Le malade conserve la sonde à demeure pendant sept jours. Au bout de ce temps, elle est supprimée et remplacée par un simple cathétérisme pratiqué le matin au moment de la visite, la sonde restant ensuite en place pendant quelques heures, et étant enlevée par le malade quand elle provoque de la souffrance.

Le reste du traitement ne présente rien de particulier ; le malade est en état de sortir de l'hôpital le 6 juin 1857, deux mois et treize jours après l'opération.

Au moment de sa sortie, il urine entièrement par la verge; la plaie résultant de l'opération est réduite à un simple pertuis dans lequel un très-petit stylet ne peut pas s'engager, et qui laisse à peine suinter quelques gouttes d'urine pendant la miction. La portion de l'urèthre sur laquelle a porté l'opération reste libre et très-large ; elle laisse passer facilement une sonde de 7 millimètres de diamètre.

Après sa sortie, le malade continue à introduire lui-même tous les matins une sonde en gomme élastique, qu'il laisse en place pendant huit ou dix minutes. Plus tard, cette introduction est faite à des intervalles plus éloignés, tous les huit ou dix jours, tous les quinze jours, tous les mois. La fistule se ferme complétement, et la miction continue à se faire d'une manière normale.

A dater du mois de novembre, le passage des sondes se fait assez irrégulièrement. C..., ayant perdu sa sonde, reste près de six mois sans en acheter une nouvelle; malgré cela, il n'observe pas que le jet de ses urines tende à diminuer. Le coït est pratiqué plusieurs fois sans douleur et sans rien offrir de particulier. La miction a lieu quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures.

Depuis lors, il a continué à introduire la sonde de loin en loin, mais sans régularité; il nous avouait, il y a peu de temps, qu'il était resté parfois plus d'un an sans la passer; il s'est livré journellement aux travaux des champs sans jamais éprouver de gêne dans l'émission des urines. Nous avons eu occasion de le voir et de le sonder à un très-grand nombre de reprises; notre collègue M. Goyrand l'a vu et sondé lui-même une fois, il a été examiné également par quelques autres de nos confrères, tous ont pu s'assurer que la guérison est complète.

En 1860, C... est entré à l'hôpital d'Aix pour une autre maladie. Nous avons profité de cette circonstance pour lui passer des sondes dans l'urèthre. Au bout de peu de jours, nous sommes parvenu à introduire une sonde de Mayor de 8 millimètres de diamètre, degré do dilatation que nous n'avons pas cru devoir dépasser. La dernière fois que nous l'avons visité, le 10 août 1863, nous avons introduit très-facilement une sonde de 6 millimètres et demi. L'urèthre est souple dans tous ses points, seulement il présente une légère déviation au niveau de la symphyse, ce dont il est nécessaire d'être prévenu, afin de diriger le bec de la sonde dans le sens de la déviation. A part cela, la guérison ne laisse rien à désirer.

Cette dernière observation diffère des deux précédentes par la gravité toute spéciale du rétrécissement et par la nature de l'opération qui a été pratiquée.

Les avantages de l'excision y apparaissent d'une manière évidente, et c'est à cette méthode que revient incontestablement la plus grande part de la guérison. Sous ce rapport, ce fait présente une importance qui n'échappera à personne, et sur laquelle nous n'insisterons pas en ce moment, ce point ayant été assez longuement examiné dans le travail soumis à l'Académie.

Ce que nous tenons particulièrement à mettre en relief dans cette note, c'est la possibilité d'obtenir la guérison définitive d'un certain nombre de rétrécissements de l'urèthre.

A cet égard, le fait que l'on vient de lire ne nous semble pas moins instructif ni moins probant que les deux cas rapportés en premier lieu, puisque, malgré sa gravité exceptionnelle, le canal admet encore, au bout de six ans et demi après l'opération, des sondes de 6 millimètres et demi; que l'urèthre est souple dans tous ses points; que l'excrétion de l'urine et du sperme se fait d'une manière normale; enfin, que le malade est en état de vaquer journellement à des occupations très-fatigantes.

Après avoir fait la part qui revient à l'excision dans le résultat favorable obtenu chez ce malade, il importe aussi de ne pas méconnaître

celle qui revient aux incisions intra-uréthrales pratiquées à l'aide du ténotome, et surtout à la dilatation continuée de loin en loin, et portée à 8 millimètres.

Nous sommes convaincu, en ce qui nous concerne, que c'est dans le degré de dilatation réalisé par le chirurgien, en même temps que dans la continuité de son emploi, que résident les bons effets de la méthode elle-même. En d'autres termes, nous pensons que la dilatation, pour produire tout le bien dont elle est susceptible, doit être portée au point d'exagérer les dimensions physiologiques de l'urèthre, et qu'elle ne doit pas être suspendue brusquement, malgré le complet rétablissement de la liberté du canal. C'est à l'observation de ces préceptes que nous attribuons la persistance de la guérison chez nos trois malades.

Plusieurs autres cas de coarctation uréthrale que nous avons eus sous les yeux depuis lors, mais dans lesquels la guérison remonte à une époque moins éloignée, nous confirment dans cette manière de voir, qui ne s'éloigne pas d'ailleurs des idées reçues.

On nous objectera sans doute que ces faits-là sont complétement exceptionnels ?

Nous ne songeons pas à le nier, et nous l'avons déjà donné à comprendre au commencement de ce travail. Toutefois, nous restons persuadé qu'ils ne sont pas aussi exceptionnels qu'on serait disposé à le croire de prime abord, et nous ne serions nullement surpris que plus d'un modeste médecin de campagne ou de petite ville pût citer des faits semblables. Ce qui peut les faire paraître plus rares, c'est que dans les grandes villes, et surtout dans les hôpitaux, on perd très-facilement les malades de vue, et que bon nombre de ceux qui ont été guéris radicalement d'un rétrécissement de l'urèthre sont peu disposés à s'en vanter plus tard, et s'abstiennent même de retourner auprès du médecin qui leur a donné des soins, ce souvenir rappelant des écarts de jeunesse que la plupart, au contraire, cherchent à faire oublier.

De tout ce qui précède, nous déduisons les conclusions suivantes :

1° Les rétrécissements de l'urèthre sont susceptibles de guérir d'une manière radicale ;

2° Le plus sûr moyen d'atteindre ce résultat consiste dans la dilatation temporaire graduelle portée au point d'exagérer le calibre normal du conduit urinaire ;

3° Le traitement par la dilatation ne doit pas être suspendu brusquement. Il doit être continué de loin en loin, jusqu'à ce que les parois du canal aient complétement recouvré leur souplesse, et que toute tendance à un nouveau rétrécissement ait disparu ;

4° La dilatation ainsi pratiquée est le complément indispensable de l'uréthrotomie intra-uréthrale et de l'excision des rétrécissements.

M. MOREL-LAVALLÉE. Le mémoire de M. Bourguet ajoute plusieurs faits de guérison permanente par la dilatation, et nous devons remercier notre collègue de sa communication. Ces faits sont d'autant plus rares que l'on n'a pas l'occasion de suivre les malades, de savoir ce qu'ils deviennent. J'en connais cependant un certain nombre ; et je citerai entre autres un cas de rétrécissement traumatique emprunté à Delpech, et qui fut guéri radicalement par la dilatation.

M. TRÉLAT. Je ne vois pas que les faits rapportés par M. Bourguet contredisent les autres méthodes de traitement. Dans les deux premières observations, les malades ont guéri par la dilatation, et pour mon compte je n'en suis pas surpris. La troisième observation est complexe, et elle prouve seulement que la dilatation peut être utile après les opérations pratiquées sur l'urèthre.

M. VERNEUIL fait hommage, au nom de M. Cavasse, de l'*Annuaire des sciences médicales* (quatrième année). Ce genre de publication, très-estimé à l'étranger, n'a pas eu en France jusqu'à présent tout le succès qu'il mérite. M. Cavasse est le seul qui ait poursuivi son œuvre pendant quatre années. Tous ceux qui s'occupent de recherches bibliographiques savent apprécier l'utilité de ces annuaires, et quand on songe à la persévérance dont il faut être doué pour accomplir un pareil travail, on ne saurait trop remercier les hommes intelligents et laborieux qui l'entreprennent.

M. DOLBEAU communique l'observation suivante :

Pierre énorme et très-dure chez un homme de trente ans. — Lithotomie périnéale, extraction impossible. — Tentatives multiples de broiement du calcul par la plaie, résultats incomplets. — Opération inachevée. — Mort, autopsie.

Le nommé P..., âgé de trente ans, tailleur, est entré à l'hôpital de la Charité le 10 août 1863, pour une diarrhée avec fièvre. En examinant le malade, on constate bientôt qu'il est atteint d'une affection grave de la vessie. Voici les renseignements qui peuvent être recueillis :

P... a perdu son père, qui est mort de la fièvre ; sa sœur a également un calcul de la vessie; enfin, la fille de cette dernière est actuellement dans le service de chirurgie, à l'hôpital Sainte-Eugénie, pour une pierre vésicale.

D'après la sœur de notre malade, P... souffrirait de la vessie depuis son enfance. Dès l'âge de quinze ans il s'est livré à la débauche, abu-

sant des femmes et des liqueurs alcooliques ; à dix-sept ans, il a été atteint d'hématurie ; le sang s'est montré à deux reprises différentes à la suite d'excès de coït.

Jamais il n'a eu la moindre colique de reins. Depuis six ans, il éprouve de la douleur en urinant, il rend l'urine à chaque instant et goutte par goutte ; du reste, il se préoccupe fort peu de ces accidents, et continue néanmoins son travail et ses habitudes de débauche.

P... n'a cessé ses occupations que six jours avant d'entrer à l'hôpital ; depuis, la dysurie a augmenté, les douleurs sont très-vives. Mais ce qui a déterminé le malade à consulter, c'est la diarrhée et la fièvre. Le jour de son entrée il a eu un grand frisson.

État actuel le 11 août. — Sujet assez bien constitué, mais amaigri et présentant une teinte anémique très-avancée ; peau chaude, pouls fréquent et résistant ; appétit faible ; diarrhée.

Le malade répand une odeur urineuse très-prononcée ; les parties génitales sont mouillées ; le méat, rouge, laisse passer des gouttes d'urine ; il y a une sorte d'incontinence, mais l'urine est brûlante et les efforts de la miction sont continuels et très-pénibles. Le cathétérisme est facile ; la sonde rencontre au niveau du col une pierre dure, fixe, qui ferme en partie l'orifice interne du canal ; il faut faire violence pour introduire la sonde un peu plus avant, et encore ne peut-on la conduire jusque dans une cavité bien évidente ; la pierre semble occuper une grande partie de la vessie. Cette hypothèse se trouve confirmée par le toucher rectal.

En effet, on trouve dans l'intestin une forte saillie qui est formée par la pierre ; cette tumeur est fixe et ne peut être contournée par le doigt, qui n'arrive pas assez haut pour reconnaître les limites de la concrétion.

Impossible de songer à la mensuration d'un calcul si volumineux, aussi le diagnostic reste-t-il incertain sur les dimensions exactes de la pierre. On décide que la taille peut seule débarrasser le malade, et encore est-il établi que l'opération sera nécessairement laborieuse. Tout est disposé pour opérer le broiement du calcul, afin d'en faciliter l'extraction.

Opération le 12 août, à trois heures.

Le malade est soumis aux vapeurs du chloroforme. Taille périnéale qui permet d'arriver jusqu'au calcul ; tentatives d'extraction qui n'amènent aucun résultat ; les tenettes glissent constamment à la surface du calcul, qu'elles n'embrassent qu'en partie. Il devient évident que la pierre remplit toute la vessie, qu'elle est très-volumineuse et que peut-être elle a des connexions avec les parois vésicales. Aussitôt nous introduisons un percuteur volumineux, dans l'intention de fragmen-

ter le calcul. Cette manœuvre offre la plus grande difficulté, car on ne peut pénétrer entre les parois et la concrétion.

Débridements multiples du col vésical ; nouvelles tentatives d'extraction, pendant lesquelles des tenettes très-solides sont faussées, sans que le calcul puisse être ébranlé.

Dans l'espoir de faciliter la sortie de la pierre, nous nous décidons, après bien des efforts, à fendre la cloison recto-vésicale le plus haut possible. Cette incision nous permet d'atteindre le segment inférieur du calcul, mais de nouvelles tractions restent encore sans résultat.

Le percuteur est alors de nouveau introduit, et la pierre peut être saisie suivant son diamètre transversal ; mais, chose singulière, la percussion reste sans effets, et tous les assistants sont frappés par une odeur très-forte de pierre à fusil. Il est évident pour chacun que la concrétion résiste aux efforts du marteau et que l'acier brûle. Ces tentatives très-énergiques sont prolongées pendant près d'une heure. Au bout de ce temps, quelques débris de l'écorce de la pierre ont cédé, 60 grammes de fragments sont obtenus ; mais il est évident que la plus grande partie du calcul reste inaccessible à l'instrument. Le malade s'épuise, ses forces l'abandonnent, et la prudence exige de laisser l'opération inachevée, sous peine de voir le patient succomber entre les mains de l'opérateur. Le volume de la pierre nous paraît si considérable, que nous éloignons de suite comme impraticable l'idée de terminer par la cystotomie hypogastrique.

Pendant cette opération très-laborieuse, qui n'a pas duré moins d'une heure et demie, aucun vaisseau important n'a été ouvert, mais la face interne de la vessie a fourni une assez notable quantité de sang.

Le malade a été reconduit à son lit dans un état voisin de la syncope. Tous les moyens destinés à combattre ces accidents ont été employés avec énergie, et on n'a pu réchauffer ce malheureux et le rappeler à la vie.

La nuit qui suivit fut très-agitée.

Le 14, le malade est calme, ne souffre pas, mais il est dans un état d'affaissement considérable. Le pouls est petit, misérable ; la peau couverte d'une sueur froide. — Du reste, le ventre est plat, non douloureux ; la plaie ne donne pas de sang, l'urine coule. — Alimentation.

Le 15, la réaction s'établit, la peau est plus chaude, le pouls moins faible — bon état local.

Le 16, le malade a beaucoup baissé, son intelligence est moins nette ; il refuse de boire, il est évident que la mort viendra prochainement.

En effet, vers quatre heures, c'est-à-dire trois jours après l'opération, P... s'est éteint sans présenter aucune souffrance, mais épuisé par l'énorme ébranlement qu'il a supporté.

Autopsie. — Rien dans le crâne ni dans le thorax.

Nous pratiquons la taille hypogastrique, mais la pierre ne peut être extraite.

L'abdomen ouvert, nous constatons l'intégrité de la vessie et de la séreuse péritonéale.

Un peu d'épanchement dans le petit bassin, mais pas de péritonite.

Nous incisons alors la vessie pour enlever le calcul et nous observons :

1° Vessie à colonnes, dont les parois assez épaisses sont d'un rouge violet, mais pas de perforations ; par places des contusions superficielles. Vers le sommet, la pierre, qui est irrégulière, est enchevêtrée dans les colonnes de la vessie, mais on peut la séparer sans trop déchirer le tissu de l'organe. En somme, il y a là une adhérence du calcul avec la paroi.

2° Calcul ovoïde, à grand diamètre vertical de 12 centimètres. Diamètre transversal, 8 centimètres. Poids de la pierre et des fragments, 603 grammes. Couleur du calcul, d'un blanc jaunâtre. La surface est lisse, brillante par places et rappelle le silex. Au sommet de la vessie, le calcul est irrégulier ; il présente des stalactites qui sont perpendiculaires à la surface de la concrétion.

L'analyse chimique a démontré que cette pierre était composée d'acide urique, d'urates alcalins et en très-petite proportion de phosphate de chaux. Ce dernier sel était déposé dans certains points de la surface du calcul.

Les uretères et les bassinets, surtout à gauche, étaient considérablement dilatés. Quant aux reins, ils étaient atrophiés, et leur substance était le siége d'une anémie très-avancée avec ramollissement ; mais pas de pus.

L'observation que nous venons d'exposer succinctement est relative à un cas très-embarrassant de la pratique des voies urinaires. En présence des obstacles si nombreux, de l'insuccès de l'opération et de la mort du malade, il y a lieu de se demander si on n'aurait pas mieux fait de ne pas opérer.

La difficulté en pareille occasion, c'est de faire un diagnostic complet. Il faudrait savoir quelles sont les dimensions exactes de la pierre, ce qui n'est pas possible ; car rien n'est plus vague, pour indiquer le volume d'un calcul, que de dire qu'il remplit toute la cavité vésicale. Dans le cas actuel la concrétion faisait saillie dans le rectum ; mais de plus elle pouvait être sentie au-dessus du pubis. Ce dernier ren-

seignement, qui n'a été fourni qu'après l'opération, devrait, dans une circonstance analogue, être recherché avec soin, car c'est l'indice d'une pierre très-volumineuse.

Chez notre opéré, la taille hypogastrique n'aurait pas donné une ouverture suffisante, ainsi que nous nous en sommes assurés sur le cadavre. Il fallait donc faire une taille périnéale et fragmenter la pierre. Nous avons rencontré dans l'espèce une résistance inusitée et inattendue. Les pierres de l'enfance qu'on trouve chez des adultes sont presque toujours des pierres dures ; mais il est rare de rencontrer un calcul dont la surface soit aussi lisse et aussi compacte que dans ce cas particulier.

Nous avons donc été en présence de circonstances insolites qu'on pouvait supposer, mais qu'on ne pouvait pas déterminer exactement. Chacun de nous connaît l'extrême gravité que présentent les grosses pierres ; aussi lorsqu'au volume excessif vient s'ajouter l'extrême dureté, l'affection devient au-dessus des ressources de la chirurgie.

L'enseignement qu'on pourrait tirer du fait malheureux que je viens de rapporter, c'est que chez un adulte, quand la pierre remonte au-dessus du pubis, il ne faut opérer que si on croit pouvoir fragmenter le calcul ; or, cette condition indispensable ne se retrouve pas lorsqu'il s'agit d'un malade qui a la pierre depuis son enfance, c'est-à-dire qui porte un calcul probablement très-dur.

En résumé, dans une circonstance analogue à celle où nous nous sommes trouvés, nous croyons qu'il serait plus sage de s'abstenir de toute intervention active. Il y a du reste un certain nombre de calculeux pour lesquels l'opération est absolument contre-indiquée.

M. MOREL-LAVALLÉE. L'observation de M. Dolbeau est extrêmement intéressante, et je désire attirer l'attention de la Société sur deux points. Ainsi, dans l'exploration, on sentait avec la sonde le calcul dans tous les points de la cavité vésicale, d'où l'on a conclu que le calcul était volumineux. J'ai vu un cas dans lequel le cathétérisme fournissait le même résultat, et cependant le calcul n'était pas gros ; mais il était aplati et placé de champ en arrière de la prostate, de manière que la sonde ne pouvait passer en arrière et le rencontrait toujours. Cette disposition est une difficulté ajoutée au diagnostic.

En second lieu, M. Dolbeau a parlé du chloroforme, mais il n'a pas dit à quel moment il l'avait principalement employé. Je pense que, dans un cas pareil, c'est au moment des tentatives d'extraction qu'il faudrait surtout pousser loin la chloroformisation, parce qu'on supprimerait ainsi les contractions des fibres musculaires de la vessie.

M. VOILLEMIER. J'ai rencontré, il y a déjà longtemps, quinze ans environ, un cas semblable à celui qui vient de vous être exposé. Un

homme déjà âgé avait été envoyé dans mon service pour être opéré par la taille d'un calcul qu'on avait essayé inutilement de briser. A l'aide du cathétérisme, il était facile de s'assurer de la présence du calcul, que la sonde rencontrait sur le col de la vessie; mais il était impossible de le mesurer, la vessie étant raccornie et ne pouvant être dilatée par des injections. Le calcul était volumineux, le fait était hors de doute. Mais on m'avait assuré qu'à une époque où la vessie était encore assez dilatable, on avait pu apprécier approximativement le volume du calcul, et qu'on pouvait l'extraire par la taille latéralisée. Dans le doute où j'étais et pour plus de sûreté, je pratiquai la taille bilatérale. Mais quand j'eus saisi le calcul avec les tenettes, je m'aperçus qu'il me serait impossible de l'extraire à moins de causer des dégâts considérables. Je suivis alors la conduite tenue par l'illustre Franco dans un cas semblable, et, malgré l'état de vacuité de la vessie, je pratiquai la taille sus-pubienne, qui me permit d'extraire le calcul.

Ce fait et quelques autres cas de taille périnéale, suivis d'insuccès à cause du volume du calcul, m'ont conduit à admettre en principe que toutes les fois qu'on avait affaire à une pierre volumineuse, et dont l'état de la vessie ne permettait pas d'apprécier exactement la grosseur, il fallait, de préférence à toute autre, recourir à la taille hypogastrique.

Qu'il me soit encore permis de répondre quelques mots à ce que vient de dire M. Morel-Lavallée sur les services que pourrait rendre le chloroforme pour l'extraction du calcul hors de la vessie. Tous nos collègues qui se sont occupés d'accouchement savent que l'action du chloroforme est à peu près nulle sur l'utérus; qu'alors même que les muscles de la vie de relation ont été mis dans le plus grand relâchement par le chloroforme, l'utérus se contracte encore avec une grande énergie. Il en est de même pour la vessie. Il m'est arrivé plusieurs fois d'administrer le chloroforme à des malades chez lesquels je voulais dilater au moyen d'injections la vessie raccornie. Bien que l'anesthésie eût été poussée très-loin et que les membres fussent dans une résolution complète, l'injection éprouvait une grande résistance de la part de la vessie, et le liquide était rejeté avec force dès que je débouchais la sonde.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je crois utile d'employer le chloroforme, parce que je ne suis pas convaincu que les fibres musculaires de la vessie ne se relâchent pas par une chloroformisation poussée un peu loin. Somme toute, l'obstacle principal vient des contractions de la vessie, et celles des muscles abdominaux n'ont qu'un rôle secondaire.

M. DOLBEAU. Le malade dont nous a parlé M. Morel ne ressemblait pas au mien. Dans le cas présent, la sonde ne pénétrait même pas dans la vessie. Quant au chloroforme, je crois qu'il nous a été utile autant qu'il peut l'être. Je sais bien que M. Perrin pense que l'on peut arriver à supprimer les contractions de la vessie; mais je ne crois pas cela, et j'ai souvent poussé très-loin la chloroformisation pour explorer des vessies irritables, et cela sans obtenir le moindre résultat.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je n'ai pas dit que le cas de M. Dolbeau et le mien fussent identiques, j'ai seulement fait remarquer que, bien que la disposition ne fût pas la même dans les deux cas, l'exploration avec la sonde conduisait au même résultat.

Taille hypogastrique.— M. LEGOUEST. J'ai pratiqué hier une taille hypogastrique pendant laquelle se sont produits deux incidents qui me paraissent mériter l'attention de la Société.

Un militaire me fut envoyé de Châtellerault, il y a trois semaines, pour être débarrassé d'un calcul vésical dont les symptômes s'étaient révélés depuis huit mois. Le voyage en chemin de fer avait beaucoup fatigué le malade, qui arriva au Val-de-Grâce pissant le sang en abondance et atteint d'incontinence d'urine, fièvre, etc.

J'eus beaucoup de peine à explorer la vessie constamment vide et ne pouvant supporter la moindre injection : néanmoins je constatai la présence d'une pierre assez dure, rugueuse, et dont j'estimai le volume à 6 ou 7 centimètres.

J'espérais, au moyen d'un traitement approprié, mettre le malade dans des conditions qui me permissent de pratiquer la lithotritie : mes espérances furent déçues; des accidents urineux se déclarèrent, des douleurs apparurent dans le rein gauche, l'urine devint purulente; le malade, bien qu'ayant recouvré la faculté de retenir son urine pendant une heure environ, s'affaissait progressivement, et je me décidai à le tailler, afin de ne pas le laisser succomber sans avoir rien tenté pour sa guérison.

Je choisis la taille sus-pubienne, en raison du volume présumé de la pierre et de l'état de la vessie, qui ne me paraissait pas devoir supporter impunément de longues manœuvres chirurgicales.

Je mis rapidement la paroi antérieure de la vessie à découvert. Le malade n'ayant pas uriné depuis une heure, j'aurais pu ouvrir directement cet organe, renfermant une certaine quantité de liquide, en plongeant mon bistouri de haut en bas et d'avant en arrière, ainsi que l'ont conseillé Baudens et Amussat. Mais opérant dans un amphithéâtre de clinique, je voulus rester aussi classique que possible, et m'entourer de toutes les précautions recommandées en pareil cas.

J'introduisis la sonde de Belmas. A peine en avais-je fait saillir le dard, que le bouton sortit avec lui à travers la paroi vésicale; celle-ci glissa sur la tige et vint coiffer le bec de la sonde, en même temps que la vessie se vida. Non-seulement la sonde ne pouvait plus me servir à guider mon bistouri, mais, retenue par le bouton de la tige, elle ne pouvait plus être retirée par l'urèthre. J'ouvris la vessie sans conducteur, étant très-gêné par l'instrument que mon incision mit en liberté.

Le calcul fut enlevé très-facilement; il a 5 centimètres dans son plus grand diamètre, et 4 et demi dans le plus petit; il pèse 38 gram., et il est composé d'un noyau de phosphate ammoniaco-magnésien, sur lequel s'est formée une nouvelle couche rugueuse et friable de dépôts lithiques de même nature.

Une hémorrhagie abondante suivit l'extraction du calcul, hémorrhagie manifestement artérielle, en raison de son abondance, de la couleur du sang, de sa sortie par ondées, de sa coagulation rapide. Elle fut combattue par d'abondantes injections d'eau froide dans la vessie, et s'arrêta au bout d'une demi-heure, après nous avoir donné de vives inquiétudes.

Aujourd'hui le malade est dans un état assez satisfaisant.

L'opportunité de l'usage de la sonde de Belmas et la production d'une hémorrhagie dans la taille par le haut appareil sont les points sur lesquels j'ai désiré provoquer les observations de mes collègues.

M. DOLBEAU. Je suis étonné de l'embarras que l'emploi de la sonde à dard a causé à notre collègue M. Legouest. Quand je me suis servi de cet instrument sur le cadavre, je n'ai jamais éprouvé de difficulté. L'hémorrhagie me surprend moins; car dans les seuls cas de taille sus-pubienne que j'ai vu faire, il est survenu une hémorrhagie qui n'a pu être maîtrisée et a entraîné la mort du malade.

M. GIRALDÈS. Je crois que les calculs du volume de 5 centimètres, comme celui du malade de M. Legouest, peuvent être extraits par le périnée. J'ai enlevé par la taille latéralo six calculs, dont quatre avaient la grosseur d'un œuf de dinde. J'ai opéré à Necker un malade qui m'avait été adressé par M. Civiale. Le calcul avait 6 centimètres, et a été extrait par le périnée. Une taille latérale, pratiquée chez un enfant de dix ans, m'a permis d'extraire un calcul de 4 ou 5 centimètres.

M. LEGOUEST. Je partage complétement l'opinion de M. Giraldès quand il dit que la taille latérale peut suffire à extraire des calculs de 4 ou 5 centimètres. Mais chez mon opéré la vessie était très-malade, je supposais que le calcul avait 6 ou 7 centimètres, et je me serais exposé à produire de graves désordres par la contusion, la dé-

chirure des lèvres de la plaie. C'est pour les éviter que j'ai préféré faire la taille sus-pubienne.

M. VOILLEMIER. Puisque notre excellent collègue M. Legouest veut bien faire appel à l'opinion de chacun de nous, je lui dirai que pour moi la sonde à dard est un instrument le plus souvent inutile. Lorsqu'on peut suffisamment dilater la vessie par du liquide, je ne pense pas qu'il faille, à l'exemple de Baudens et d'Amussat, la ponctionner directement avec un trocart; cette conduite me semble hasardeuse. Mais après avoir incisé la paroi abdominale, il est facile d'arriver sûrement dans la vessie sans avoir besoin de conducteur. Dans quelques cas seulement où la vessie se refuse à toute injection et, revenue sur elle-même, se cache derrière le pubis, la sonde à dard peut être utile.

Quant à l'hémorrhagie observée par notre collègue, c'est un fait assez rare et surtout intéressant par ses résultats. Dans un seul cas j'ai eu occasion de rencontrer une hémorrhagie qui m'étonna, car je m'attendais peu à cet accident. Je crus d'abord à l'ouverture d'un vaisseau appartenant aux parois abdominales, mais je m'assurai qu'elle provenait du corps même de la vessie. Elle s'arrêta assez facilement. On comprend très-bien ces hémorrhagies en songeant au volume que prennent quelquefois les vaisseaux dans des vessies malades ; mais, d'un autre côté, l'écoulement du sang doit trouver un obstacle dans la rétraction de l'organe après l'extraction du calcul. Il se passerait là un phénomène analogue à ce qu'on observe si souvent sur l'utérus.

M. TRELAT. Ce que j'ai à dire ne se rapporte qu'indirectement à l'opération de M. Legouest. Mais on a parlé, dans cette séance, de l'influence du chloroforme sur les contractions de la vessie ; or, ayant à pratiquer une opération sur le méat urinaire chez un enfant, j'ai donné le chloroforme, et au moment de l'opération les urines ont été lancées avec force, ce qui prouve que la vessie se contractait, et vient à l'appui de ce qu'ont dit MM. Voillemier et Dolbeau.

M. DEBOUT. Il y a longtemps que ce renseignement a été donné à la Société par M. Rigal (de Gaillac), et aujourd'hui on ne compte plus les faits dans lesquels les malades soumis au chloroforme ont uriné avec force, car cet agent active la contractilité de la vessie.

M. VOILLEMIER montre à la Société un nouvel uréthrotome.

M. TRELAT fait remarquer, comme l'a du reste dit M. Voillemier, que les diverses parties de cet instrument sont empruntées un peu

partout ; mais il pense que, dans son principe, cet uréthrotome se rapproche de celui de M. Sédillot.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 26 *août* 1863.

Présidence de M. DEPAUL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Roux (de Brignolles) adresse à la Société une observation d'imperforation de l'anus chez une petite fille de quatre mois. (Renvoi à une commission composée de MM. Foucher, Trélat, Dolbeau.)

— M. Servier adresse une observation de luxation iléo-ischiatique avec autopsie. (Renvoi à M. Legouest.)

— M. le docteur Juan Creus y Manso, professeur de médecine opératoire et d'anatomie chirurgicale à la Faculté de médecine de Grenade, fait hommage à la Société d'un livre intitulé : *Ensayo teorico-practico sobre las resectiones sub-periosticas.*

Ce travail, dans lequel se trouve fidèlement exposé l'état actuel de la science, renferme encore deux observations originales. Dans l'une, la plus grande partie du tibia, dans l'autre, plus de la moitié de la diaphyse du fémur ont été enlevés pour des ostéites suppurées, tout en conservant complète la gaîne périostique.

— M. DOLBEAU. J'ai l'honneur de vous présenter la thèse d'un jeune médecin, M. Bourcart. Je vous demande la permission d'exposer en quelques mots les conclusions du travail que je dépose dans vos *Archives.*

J'ai entrepris dans mon service, à l'hôpital des Enfants, une série de recherches sur la situation de l'S iliaque chez l'enfant nouveau-né dans ses rapports avec l'opération de l'anus artificiel ; mon élève et ami M. Bourcart s'est chargé de faire ressortir dans une très-bonne monographie tout ce que ce sujet peut offrir d'utile et d'intéressant.

Vous n'avez pas oublié cette proposition de notre collègue M. Huguier, qui soutient que l'S iliaque chez le nouveau-né occupe la fosse iliaque droite, et que c'est à droite et non à gauche qu'il faut faire l'opération. Cette manière de voir, qui repose sur un fait anatomique, a été combattue; il restait à vérifier sur un grand nombre de fœtus quelle est la situation exacte de l'S iliaque : sur 150 autopsies,

M. Bourcart a trouvé 111 fois l'S iliaque à gauche; 6 fois cet intestin occupait le petit bassin; enfin, 33 fois il se portait transversalement de gauche à droite, ainsi que l'a indiqué M. Huguier.

M. Bourcart a bien décrit la position et la situation de l'S iliaque; il admet trois variétés qui sont par ordre de fréquence :

1° La position ascendante dans laquelle la grande courbure de l'S iliaque monte verticalement;

2° La position transversale avec la grande courbure allant de gauche à droite;

3° La position descendante qui représente une disposition inverse à celle de la première position.

Ces trois positions et quelques variétés rares sont minutieusement décrites dans la thèse de notre confrère.

Désireux de rendre ses recherches utiles et de fixer les chirurgiens sur l'importance d'opérer d'un côté plutôt que de l'autre, M. Bourcart a entrepris une série de recherches expérimentales dont voici les résultats :

1° En opérant à gauche, on trouve toujours l'S iliaque, soit qu'elle se présente immédiatement à la plaie (14 fois sur 16), soit qu'il faille la chercher vers l'angle supérieur et externe de la plaie (2 fois sur 16);

2° En opérant à droite, on ne rencontre qu'exceptionnellement l'S iliaque (4 fois sur 16). Le cœcum se présente le plus souvent (12 fois sur 16).

M. Bourcart termine ainsi : L'anatomie et l'expérimentation se prêtent un mutuel appui dans la question de la situation exacte de l'S iliaque. Il ajoute enfin : l'opération faite à gauche est sanctionnée par de nombreux succès obtenus sur le vivant; tandis que le procédé de M. Huguier appartient encore à la « chirurgie improvisée. »

M. GIRALDÈS. Tous les faits que vient de faire ressortir M. Dolbeau avaient été précédemment indiqués et démontrés par M. Curling. J'ajouterai que j'ai fait un certain nombre d'opérations de Littre et que toujours j'ai trouvé l'S iliaque à gauche; c'est pour cela que j'ai pu dire que M. Huguier avait formulé un précepte erroné et dangereux, en disant que l'S iliaque est à droite.

— M. DOLBEAU. Je demande à la Société la permission de lui présenter, à l'occasion du procès-verbal, plusieurs uréthrotomes qui ont la plus grande analogie avec celui que M. Voillemier a montré dans la dernière séance et qui sont loin d'être nouveaux, puisque ce sont ceux dont Leroy d'Etiolles se servait, et qu'ils ont été exposés à Londres en 1855.

M. VOILLEMIER. Ces instruments ont, en effet, une grande analo-

gie avec le mien, mais je ne les connaissais pas, et je m'étonne que Leroy d'Etiolles ne les ait jamais décrits. Je suis en outre surpris que M. Maisonneuve réclame la priorité de la bougie conductrice. J'ai du reste eu le soin de dire que mon instrument n'était pas nouveau de toutes pièces.

— M. GIRALDÈS. Je veux compléter les renseignements que j'ai fournis dans la dernière séance relativement aux opérations de taille.

J'ai, en effet, extrait de la vessie du même individu quatre calculs du volume d'un œuf de dinde, et trois autres chez des enfants; dans un cas, le calcul avait quatre centimètres, et dans les deux autres, cinq centimètres. Tous ces calculs ont été extraits par la taille latéralisée.

— M. LE PRESIDENT. J'ai la douleur d'annoncer à la Société la mort de l'un de ses correspondants, M. Reybard, de Lyon. Chacun de nous sentira vivement la perte d'un collègue qui par son esprit investigateur avait contribué aux progrès de la science, et qui tout dernièrement encore nous apportait ici le fruit d'une longue expérience dans la question de l'uréthrotomie. M. Reybard a succombé aux suites d'une piqûre chirurgicale.

RAPPORT.

M. LEGOUEST lit le rapport suivant :

M. le docteur Pasturel, d'Alban (Tarn), a adressé à la Société une observation intitulée : *Hypertrophie et procidence congénitales de la langue. — Amputation avec l'écraseur linéaire. — Hémorrhagie. — Ligature en masse du moignon. — Guérison sans autre accident.* MM. Follin, Debout et Legouest, ont été chargés d'examiner ce travail et de vous en rendre compte.

Il s'agit d'une jeune fille qui, un mois après sa naissance, contracta l'habitude de sortir la langue de la bouche et de la maintenir au dehors, bien qu'elle pût facilement rentrer cet organe, dont les fonctions n'étaient altérées en aucune façon.

Vers l'âge de trois ans, l'enfant ne pouvait plus replacer la langue dans sa situation normale. L'organe acquit des dimensions considérables à partir de ce moment jusqu'à l'âge de dix ans, époque où M. le docteur Bertrand (de Montpellier) le réduisit et le maintint en place, au moyen d'un appareil dont l'usage fut abandonné après peu de temps.

Le 11 septembre 1861, la jeune fille, âgée de quatorze ans, se présenta à M. le docteur Pasturel, qui constata une procidence et une

hypertrophie de la langue, devenue quatre ou cinq fois plus volumineuse qu'à l'état normal, et atteignant par son extrémité la base du menton. Cette affection était accompagnée des accidents qui lui sont habituels, renversement des dents de la mâchoire inférieure, perte de salive, etc., sur lesquels il est inutile d'insister.

La malade désirait ardemment être débarrassée d'une infirmité qui lui rendait l'existence insupportable.

Le 12 novembre 1861, la jeune personne étant soumise à l'action du chloroforme, M. le docteur Pasturel « appliqua la chaîne d'un écraseur en avant de la partie de la langue restant habituellement dans la bouche, et exerça rapidement une constriction modérée. Lorsque la chaîne eut produit un sillon dans la langue, on la serra d'un cran par minute. Après un quart d'heure, la muqueuse, une couche épaisse de muscles et probablement les artères linguales furent sectionnées sans hémorrhagie. Après vingt-quatre minutes, la section de la langue est complète; une légère hémorrhagie en nappe se manifeste, augmente rapidement et se produit bientôt en jet par plus de six vaisseaux artériels. »

Après quelques vaines tentatives de ligature à la surface de la plaie, M. Pasturel se décide à étreindre la langue au moyen de deux ligatures en masse; à cet effet, une aiguille armée d'un double fil métallique traverse la langue de haut en bas, au niveau du filet, et chacun des fils ramené sur les côtés de la langue est tordu de manière à exercer une compression suffisante pour arrêter l'écoulement du sang. Les fils furent desserrés deux jours après leur application, et enfin enlevés sans que l'hémorrhagie reparût.

La plaie mit un mois et demi à se cicatriser, et les résultats de l'opération furent très-heureux.

M. le docteur Pasturel prend texte de cette observation pour discuter les procédés opératoires applicables à l'hypertrophie et à la procidence de la langue. Mais il est loin de les apprécier tous; il se borne, en effet, à examiner la valeur de l'écrasement linéaire, à proposer l'incision en V horizontale et une ligature en masse propre à arrêter l'hémorrhagie, qui semble beaucoup le préoccuper.

Les inconvénients reprochés par M. Pasturel à l'écrasement linéaire sont la durée de l'opération, la douleur qu'on est étonné de voir signaler lorsqu'elle peut être évitée par l'administration prolongée du chloroforme, la possibilité de l'hémorrhagie, la longueur de la cicatrisation de la plaie et son irrégularité.

Tous ces reproches ne sont pas également fondés : notre confrère

n'a mis que vingt-quatre minutes à opérer au moyen de l'écraseur la section d'une langue quintuplée de volume; peut-être mérite-t-il le reproche d'avoir été trop vite, car, si nous avons bonne mémoire, notre collègue M. Chassaignac a laissé son écraseur en place sur la langue pendant plusieurs heures, et s'est mis de cette manière à l'abri de l'hémorrhagie. Nous ne voulons pas dire que l'hémorrhagie ne survient jamais dans les opérations par écrasement, mais il n'est douteux pour personne qu'elle est plus rare que dans les opérations par le bistouri ; il faut avouer que lorsqu'elle survient il est quelquefois difficile de trouver et de lier les vaisseaux à la surface de la plaie contuse faite par l'écraseur.

Quoi qu'il en soit, cet instrument, employé convenablement et dans des cas qu'il serait facile de préciser, permet de pratiquer certaines opérations qui, si elles étaient faites avec l'instrument tranchant, donneraient lieu à des pertes de sang considérables.

La lenteur de la cicatrisation et l'irrégularité de la cicatrice nous paraissent être des reproches plus sérieux, bien qu'elles puissent être rapportées en partie à la ligature en masse de la langue, qui a été pratiquée pour éviter l'écoulement du sang.

Le procédé proposé par M. Pasturel consisterait à « enlever la partie excédante de la langue par deux sections horizontales qui se réuniraient plus ou moins profondément dans l'épaisseur de l'organe. Il en résulterait un lambeau supérieur arrondi, qui s'appliquerait de lui-même sur un lambeau inférieur de même forme. Les vaisseaux seraient liés. Dans le cas de difficultés insurmontables, on appliquerait l'*acupressure* de M. Simpson ou le perchlorure de fer. Ces moyens restant sans succès, on lierait la langue en masse. Enfin, des points de suture entrecoupés réuniraient la plaie aussi exactement que possible. »

Nous ne voyons ni inconvénient, ni avantage à enlever la portion excédante de la langue par une incision en V horizontale, plutôt que par l'incision verticale pratiquée jusqu'à présent. Quant aux moyens hémostatiques conseillés par notre confrère, nous dirons que l'acupressure n'a pas encore été assez employée pour avoir acquis notre confiance, et semble devoir rester à l'état de curiosité chirurgicale ; que le perchlorure appliqué sur une plaie s'oppose à la réunion par première intention et rend la suture au moins inutile ; enfin, que la ligature en masse de la langue est un moyen extrême auquel on ne doit être obligé de recourir que rarement.

L'opération dirigée contre l'hypertrophie et la procidence de la langue diffère notablement, en effet, de celle que l'on pratique pour un

cancer d'une partie reculée de cet organe; on n'enlève généralement que la portion excédante de la langue, on en respecte la base et l'on n'est point exposé aux redoutables hémorrhagies qui ont fait recourir aux divers procédés de ligature donnés par les deux Mirault (d'Angers), Maingault, Mayor, J. Cloquet et Vidal (de Cassis). Nous n'avons sur ce sujet aucune expérience personnelle, mais nous fondant sur celle d'un assez grand nombre de chirurgiens, parmi lesquels nous citerons Everard Home, Louis, Boyer, Percy, Lisfranc, Sédillot, etc., l'hémorrhagie ne nous paraît pas devoir donner de sérieuses inquiétudes dans les opérations qui intéressent la partie antérieure de la langue. Nous avons même trouvé une observation où une hypertrophie avec procidence de cet organe fut guérie par de profondes entailles faites par le malade lui-même avec son canif.

La ligature en masse, employée comme moyen curatif ou comme moyen hémostatique, est douloureuse, détermine un gonflement considérable, la gangrène, une suppuration infecte, une cicatrisation plus lente et moins régulière.

Comme notre confrère M. Pasturel, nous donnons donc la préférence à l'instrument tranchant dans l'opération qui nous occupe; mais nous sommes moins effrayé que lui par l'hémorrhagie que la ligature directe et facile des vaisseaux, après l'incision, arrête; que le rapprochement des lèvres de la plaie a suffi pour maîtriser entre les mains de Boyer, et qui cesse même quelquefois spontanément.

Votre commission, Messieurs, a l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser des remercîments à M. le docteur Pasturel, d'Alban (Tarn), pour son intéressante communication;

2° De déposer son travail aux archives. (Adopté.)

M. GIRALDÈS. Dans son rapport, M. Legouest vient de parler de l'acupressure comme d'un moyen hémostatique sans valeur. Cependant ce moyen a été employé souvent; on s'en est servi dans les amputations, dans les extirpations de tumeurs, et je trouve que l'expression de curiosité chirurgicale que lui applique notre collègue est inexacte.

M. CHASSAIGNAC. Il est certain que l'on voit quelquefois à la suite de l'amputation de la langue se produire des hémorrhagies dont on se rend mal compte. Les vaisseaux divisés se rétractent et rentrent par suite du retrait des muscles, de sorte qu'il n'est pas possible de les saisir pour les lier. Je pense que lorsque l'hémorrhagie survient à la suite de l'emploi de l'écraseur, c'est que le plus souvent la manœuvre n'a pas été bien dirigée et que l'on a agi trop vite. Toutefois, il serait inexact de prétendre que l'écrasement linéaire met toujours à l'abri de l'hémorrhagie; il existe un certain nombre de cas dans les-

quels le chirurgien a parfaitement opéré et qui ont donné lieu à des hémorrhagies. Je citerai, entre autres, une opération de M. Foucher qui a nécessité la ligature de la carotide externe. Je ne saurais être de l'avis de M. Legouest quand il dit qu'il est facile de se rendre maître des hémorrhagies qui résultent d'une section peu étendue.

M. DEMARQUAY. J'ai appliqué assez souvent l'écraseur sur la langue; une seule fois j'ai eu une hémorrhagie, et il m'a été facile de lier l'artère.

M. RICHET. J'ai amputé la langue avec l'écraseur un certain nombre de fois, et je n'ai jamais eu d'hémorrhagie. Mais il y a peu de temps, un externe des hôpitaux se fit enlever par un de ses camarades une petite tumeur qu'il portait sur le bord de la langue. Une hémorrhagie survint et l'on ne put l'arrêter ; je fus appelé, je trouvai le malade exsangue; la plaie était petite; je voulus lier les vaisseaux, ce fut impossible, le tissu se déchirait. Je m'aperçus qu'en comprimant, au moyen d'une pince, le bord de la langue en arrière de la plaie, je suspendais l'écoulement de sang; je fis la ligature en masse de cette portion de langue, et l'hémorrhagie cessa.

M. LEGOUEST. Je répondrai à M. Giraldès que je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de chirurgiens qui se soient servis de l'acupressure, et que je crains bien que ce procédé ne reste à l'état de pure conception. J'ai dit que je préférais le bistouri quand on agit sur la partie antérieure de la langue, parce que là on a moins à redouter l'hémorrhagie, et qu'en tous cas il serait plus facile de s'en rendre maître.

M. MOREL. Je veux présenter une observation sur un moyen hémostatique que l'on n'emploie peut-être pas avec assez de méthode, je fais allusion au perchlorure de fer. Souvent on ne réussit pas avec ce liquide parce qu'on le met en contact avec une surface saignante, et que le sang entraîne le perchlorure. Il faut qu'il soit appliqué sur la plaie sèche, et maintenu ainsi pendant quelque temps. Le meilleur moyen consiste à imbiber la charpie de perchlorure et à la maintenir pendant un certain temps en contact avec la plaie, qui a été préalablement bien séchée.

M. RICHET. J'ai employé le perchlorure sur la plaie sèche; je croyais avoir réussi, et l'hémorrhagie reparaissait.

M. GIRALDÈS. Notre collègue M. Legouest est dans l'erreur quand il dit que l'acupressure a été peu employée. En Angleterre, en Ecosse, on l'a souvent mise en usage, et en France on a fait des amputations en se servant de l'acupressure comme moyen hémostatique.

M. CHASSAIGNAC. M. Foucher a publié sur l'acupressure un article dont j'ai tiré profit pour mon Traité des opérations.

Syphilis communiquée par la vaccine.

M. CHASSAIGNAC montre un jeune enfant atteint de syphilis, et donne les détails suivants :

M... (Emile), âgé de deux ans, rue Ernestine, 8, nourri par sa mère, a été sevré il y a un an. D'après les renseignements fournis par la mère, il ne pourrait y avoir d'infection syphilitique héréditaire.

Cet enfant a été vacciné le samedi 27 juin. Au bout de deux ou trois jours la première éruption vaccinale s'est montrée ; les pustules sont arrivées à suppuration vers le neuvième jour ; elles ont séché, les croûtes sont tombées à peu près quinze jours après la vaccination. Les cicatrices paraissant définitives et normales, la mère a cessé d'observer les bras de son enfant.

Quelques jours après cependant, il y a de cela au moins quinze jours, la mère a observé trois ulcérations à la place des cicatrices : une à gauche, deux à droite. Ces ulcérations ont suppuré, se sont étendues, surtout depuis trois ou quatre jours ; elles ont aujourd'hui l'étendue d'une pièce de cinquante centimes. Celles de droite sont recouvertes d'une croûte épaisse à la périphérie, mince et de formation récente au centre. Elles sont indolentes et reposent sur une base dure.

L'ulcération gauche présente à peu près les mêmes caractères, mais elle est plus enflammée ; son centre est dépourvu de croûte.

A droite, on voit deux cicatrices normales ; à gauche, on en voit deux, l'une a le caractère normal, l'autre présente un soulèvement papuleux récent (la mère prétend que ce soulèvement s'est formé depuis hier).

Les ganglions de l'aisselle sont engorgés des deux côtés. Les ganglions cervicaux sont aussi légèrement développés. On trouve aussi les ganglions sous-maxillaires à gauche : pas de croûtes à la tête, rien à l'anus, pas de maux de gorge. Sous l'oreille droite, on aperçoit une papule cuivrée, recouverte de petites squames grisâtres : aspect caractéristique. Sur la poitrine, l'abdomen et dans le dos apparaît une éruption présentant un léger relief, d'une coloration légèrement rouge cuivré en certains endroits, surtout à la partie supérieure de la poitrine. Ailleurs, la coloration normale de la peau est à peu près conservée. (Cette éruption est très-récente, suivant la mère).

M. CULLERIER. C'est là un des plus beaux cas de syphilis vaccinale que j'aie vus. Il y a le chancre induré, les accidents généraux, l'évolution syphilitique suivant l'évolution vaccinale, comme cela a été indiqué par M. Viennois ; il y a eu deux incubations bien positi-

ves. Il existe des ganglions presque partout, ceux de l'aine sont engorgés sous l'influence de l'éruption cutanée, qui cependant n'est pas encore très-prononcée. Il serait à désirer que l'on connût l'enfant qui a fourni le vaccin, et la santé des parents.

M. GUÉRIN. Quoique ce fait ne laisse pas de doute dans mon esprit et que je sois bien persuadé que c'est une syphilis vaccinale, je voudrais que les parents fussent examinés et que l'on fît une enquête minutieuse. Je me suis assuré tout à l'heure que l'enfant sur lequel on a pris le vaccin avait saigné, et M. Viennois a prétendu que c'était le sang qui communiquait la syphilis. Je pense que M. Cullerier a employé une expression qui traduit mal sa pensée, quand il dit que les ganglions de l'aine se sont développés par suite de l'affection cutanée. Si c'est là son opinion, je ne la partage nullement ; car, selon moi, l'induration des ganglions indique l'affection constitutionnelle et pas autre chose.

M. BOINET. Ce fait soulève une foule de questions. Il faudrait connaître, non-seulement la santé des parents, celle de l'enfant qui a fourni le vaccin, mais encore si d'autres enfants ont été vaccinés de la même façon, et ce qu'ils sont devenus.

M. CHASSAIGNAC. Je comprends que M. Boinet pose toutes ces questions ; mais on ne peut les résoudre magistralement, comme il semble le croire. L'enquête est difficile sur un pareil sujet, il faut qu'elle soit conduite avec beaucoup de ménagements.

M. CULLERIER. Il existe déjà un certain nombre de faits de syphilis vaccinale, mais la plupart ont été mal observés. Celui de M. Chassaignac est un type.

M. CHAISSAIGNAC. Mon intention est d'attendre quelque temps avant de faire un traitement ; du reste, je demande l'avis de mes collègues sur ce point.

M. GUERIN. Je comprends que l'on demande toutes sortes de preuves ; mais avant tout la vérole est évidente ici, dès lors je ne vois aucun avantage à ajourner le traitement, qui réussit mieux au début que plus tard. Les bains de sublimé guérissent bien les accidents cutanés.

M. GUERSANT. Dans des cas semblables, chez les enfants, les bains de sublimé et quelques gouttes de liqueur de Van Swieten m'ont réussi.

Rétrécissement de la trachée-artère. — Trachéotomie. — Nouvelle canule dilatatrice. — Guérison.

M. DEMARQUAY fait la communication suivante :

Le 16 août dernier, un jeune homme âgé de vingt-huit ans entrait

dans mon service pour se faire soigner. Il éprouvait une gêne extrême de la respiration, qui remontait au mois de novembre 1862. A cette époque, il contracta une laryngite et une trachéite qui passèrent à l'état chronique, et amenèrent de plus en plus une gêne dans la respiration.

Au moment de son entrée à la Maison de santé, on constate les phénomènes suivants :

La voix est très-voilée, la respiration est très-bruyante. Le malade ne peut se mouvoir sans être pris d'orthopnée. En examinant le cou, on constate que le larynx semble plus rapproché du sternum qu'il ne doit l'être; la trachée-artère semble plus grosse et comme confondue avec les parties voisines. Pendant les efforts de déglutition, le larynx est immobile, phénomène important à noter, et que j'ai déjà signalé dans un autre cas de rétrécissement de la trachée dont j'ai le dessin, et dont l'observation a été communiquée à la Société de chirurgie. De plus, le malade pouvait à peine avaler, ce qui explique l'amaigrissement considérable et la déperdition des forces dont il est atteint.

L'examen laryngoscopique, fait par M. Fauvel, nous montre les altérations propres à l'inflammation chronique de la membrane muqueuse laryngée, et de plus les cordes vocales inférieures blanches, un peu mates, animées de mouvements très-peu étendus, c'est-à-dire que dans les plus grands efforts de phonation elles se rapprochent à peine l'une de l'autre; elles restent toujours dans la même position. Une gêne aussi grande de la respiration ne pouvait pas avoir son point de départ dans le larynx; il devait être plus loin; c'est ce que l'observation ultérieure nous a prouvé.

Le laryngoscope, tout récemment avec M. Fauvel et il y a deux ans avec M. Turck (de Vienne), nous a rendu de grands services en nous permettant de bien étudier l'état du larynx des malades adultes auxquels j'ai dû pratiquer la trachéotomie. Pour mon malade actuel, c'était la seule opération à tenter; mais la crainte d'un insuccès, et surtout de tomber sur un rétrécissement de la trachée que je ne pourrais vaincre, me la faisait remettre de jour en jour.

Un matin, je trouvai mon malade tellement mal qu'il fallut se décider. Je fis alors la trachéotomie, aidé de M. Monod, de M. Cazalis et des élèves du service.

A peine avais-je ouvert la trachée que je reconnus un rétrécissement de ce conduit au-dessous du sternum. Ce rétrécissement était tel qu'il ne se laissait pas traverser par une grosse sonde d'homme. Il avait la forme d'un entonnoir, dont la partie rétrécie était en bas. Au moment où je constatai ce rétrécissement, qui ne se laissait franchir par

aucune canule, l'asphyxie était imminente. J'allais faire un débridement multiple sur cette partie rétrécie, lorsque la crainte de l'hémorrhagie et de l'emphysème m'arrêta ; j'essayai alors avec mon petit doigt de forcer ce rétrécissement, en déployant une force considérable ; j'éprouvai la sensation d'une résistance vaincue, et mon petit doigt pénétra dans le rétrécissement ; je pus alors introduire une petite canule et attendre vingt-quatre heures, au bout desquelles MM. Mathieu et Robert, présents à l'opération, voulurent bien me faire chacun une canule sur des indications données. J'avais demandé à M. Robert une canule longue, pouvant atteindre la limite de la partie rétrécie et formée de quatre valves susceptibles de se rapprocher, afin de franchir le rétrécissement trachéal et de recevoir, ainsi que l'on peut le constater, une série de canules graduées et dilatatrices. Grâce à cette canule, j'ai pu le lendemain franchir le rétrécissement sans craindre de dilacérer la muqueuse, et j'ai pu dilater successivement la trachée-artère rétrécie.

J'ai l'honneur de montrer à la Société la canule dilatatrice, et je présente en même temps le malade guéri, portant une longue canule faite par M. Lüer, avec laquelle il parle assez bien à l'aide d'un mécanisme très-simple, qui remplace très-avantageusement toutes les formes de clapets possibles. Ce mécanisme est formé par une boule d'aluminium, qui en se déplaçant laisse libre ou ferme le passage à l'air.

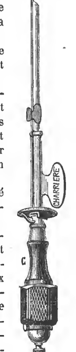
Le rétrécissement de la trachée n'est point une maladie rare ; je l'ai observée quatre fois. Sur mon premier malade, il y avait un rétrécissement de la trachée lié à une morve chronique. J'ai observé ce malade à l'hôpital du Midi, il y a dix ans, dans le service de M. Ricord : il est mort sans opération. Le second malade, observé à la Maison de santé avec M. Vigla, avait un rétrécissement syphilitique de la trachée. Faute d'instrument convenable pour dilater la trachée, notre malade mourut.

Mon troisième malade, que j'opérai avec le concours et l'assistance de M. le professeur Trousseau, avait un rétrécissement inflammatoire de la trachée datant de plusieurs années. Ce rétrécissement, qui portait surtout sur la membrane muqueuse, fut incisé. Pendant l'opération, M. Turck (de Vienne) l'avait indiqué nettement avec un éclairage particulier. Le malade a guéri. Mon quatrième malade avait un rétrécissement d'origine inflammatoire, qui comprenait non-seulement la muqueuse, mais de plus les cerceaux cartilagineux de la trachée et la membrane fibreuse. Ce qui m'a surtout frappé dans ce fait, et ce sur quoi j'appelle l'attention de mes collègues, c'est la facilité, grâce à la

canule double dilatatrice que je vous ai montrée, avec laquelle j'ai dilaté la partie rétrécie.

M. RICHET. Il existe des canules qui se dilatent, et dont les valves s'écartent à volonté, telle est la canule de M. Gendron. Ces canules pourraient remplacer celle que nous montre M. Demarquay; elles sont même plus simples.

M. DEMARQUAY. M. Richet me fait observer que j'aurais pu me servir de la canule de M. Gendron. Je répondrai que j'ai essayé toutes les canules qui m'ont été présentées, et si je ne me suis pas arrêté à la canule de M. Gendron, c'est qu'elle était trop faible pour vaincre une pareille résistance, et qu'étant bivalve, elle ne comprimait que deux points rétrécis, et non pas toute la circonférence, comme je le fais avec ma canule quadrivalve. Cette canule, réduite à des proportions plus simples, pourra rendre des services dans la trachéotomie, par la facilité de son introduction; seulement il faut, chaque fois que l'on ôte la canule intérieure, la remplacer par une autre, à cause de la mobilité des valves.



— M. BEYRAN montre à la Société un uréthrotome à rotation pour la scarification des rétrécissements et des brides de l'urèthre.

En vous présentant ce nouvel instrument, mon intention n'est pas de ranimer la discussion qui vient d'être close sur l'uréthrotomie et la dilatation dans les rétrécissements de l'urèthre, mais je désire seulement soumettre à votre appréciation un instrument qui, par son mécanisme particulier, agit, lorsque l'opération est jugée indispensable, avec sécurité et précision.

Toutefois, depuis plusieurs années, ayant pratiqué un certain nombre d'uréthrotomies, je vous demanderai la permission de dire un mot à ce sujet.

Sans en être très-partisan, je crois que ses avantages et ses inconvénients n'ont pas été suffisamment appréciés, et on a peut-être trop attribué à l'uréthrotomie seule les accidents qui souvent étaient dus aux circonstances peu favorables dans lesquelles cette opération a été pratiquée. D'un autre côté, sans se rendre bien compte du degré de vitalité et de la dégénérescense des tissus, on a pratiqué d'emblée l'uréthrotomie. Il y a, en effet, dans les rétrécissements de l'urè-

thre, deux variétés à établir. Dans la première variété, qui est très-commune, bien que les parois uréthrales aient subi un certain degré de transformation morbide, leur propriété vitale n'est pas complétement éteinte, et la dilatation graduelle et persévérante ramène toujours le canal dans des conditions normales.

Dans la seconde variété, la transformation morbide ou la dégénérescence des tissus est complète et la vitalité abolie; alors la dilatation, et encore moins la cautérisation, ne réussissent plus.

C'est là, comme on le voit, une distinction importante à établir avant d'avoir recours à tel ou tel moyen. Il est évident, en effet, qu'on a pratiqué l'uréthrotomie là où elle n'était pas non-seulement indispensable, mais qu'il y avait contre-indication formelle soit du côté de l'appareil urinaire, soit de celui de l'état général des malades. J'admets donc volontiers qu'il y a eu abus dans beaucoup de cas. D'ailleurs, la différence dans les instruments dont on se sert, et dans le procédé opératoire, a dû nécessairement contribuer à son tour à la différence des résultats obtenus. Il en est de même des différents points de l'urèthre, et nous savons en effet que les incisions ou les scarifications de la portion pénienne présentent, toutes choses égales d'ailleurs, moins de danger que celles des parties profondes de l'urèthre, telles que le bulbe, par exemple. Règle générale, l'uréthrotomie interne doit être préférée à l'uréthrotomie externe, et l'uréthrotomie d'arrière en avant est toujours préférable à l'uréthrotomie d'avant en arrière.

Quoi qu'il en soit, l'instrument que j'ai l'honneur de vous présenter est destiné à pratiquer la scarification et le débridement des rétrécissements et des brides de l'urèthre ; il agit d'arrière en avant. Il se compose :

1° D'une gaîne à rainure munie à son extrémité d'une tête d'épingle allongée, dont la tige exploratrice est adhérente à une petite olive aplatie. Dans celle-ci se loge une lame dont l'arc-boutant prend son point d'appui dans l'olive même ; elle est articulée à sa base sur une tige qui glisse dans la gaîne.

2° D'un manche mobile prisonnier dans un frottement. On imprime à ce manche un seul *mouvement de rotation* à droite pour faire saillir la lame, ou à gauche pour la faire rentrer dans l'olive. L'aiguille placée sur ce manche indique, en passant sur les n°s 1, 2, 3, 4 gravés sur la rondelle qui sert de cadran, le degré de la sortie de la lame dans le canal de l'urèthre, et annonce ainsi l'étendue de la scarification. Si l'aiguille est sur le 0, c'est que l'instrument est fermé, de sorte qu'on peut le retirer sans blesser les autres points de l'urèthre.

On démonte facilement l'instrument pour le nettoyer ; il suffit pour cela, de dévisser le petit bouton placé près de la rondelle.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 2 septembre 1863.

Présidence de M. DEPAUL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

MM. Fabri, professeur de clinique obstétricale à Bologne ; Versari, professeur de pathologie générale à Bologne ; Favorsty, professeur de médecine opératoire à Saint-Pétersbourg, assistent à la séance.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Deux brochures de M. Fabri, intitulées l'une : *Réunion osseuse de la fracture intra-capsulaire du fémur ;* l'autre : *Utilità dell' ostetricia sperimentale; uso ragionevole della leva nell' ostetricia.*

2° Deux brochures de M. Versari, intitulées :

1. *Pensée sur le langage en général et sur l'italien en particulier dans l'iatro-thérapique, sa nomenclature ;*

2. *Chapitre premier sur le guide organico-dynamique dans l'étude de la pathologie générale.*

— M. Foucher dépose sur le bureau de la Société :

1° Une brochure du professeur Simpson, d'Edimbourg, intitulée : *On the anatomical type of structure of the human umbilical cord and placenta ;*

2° Une brochure du docteur Handyside, d'Edimbourg, intitulée : *Another case of amputation of the thigh at its upper fourth, is which acupressure was successfully employed ;*

3° Une observation de *Fistule vésico-vaginale guérie par la méthode américaine,* par M. le docteur Guerlain, de Saint-Omer.

(Renvoi à M. Foucher).

De l'acupressure ou nouveau moyen hémostatique. — M. Foucher. Dans la dernière séance, il a été incidemment question de l'*acupressure*. Lorsqu'en 1860 M. Simpson proposa ce nouveau moyen hémostatique, je le fis connaître en France en publiant dans la *Gazette hebdomadaire* (1860, p. 20) la traduction du mémoire de M. Simpson, et j'y ajoutai le résultat des expériences que j'avais de suite tentées pour apprécier ce moyen, qui me semblait ingénieux. Cependant je ne l'essayai pas encore sur l'homme vivant; mais quand je sus qu'à Londres, à Edimbourg surtout, on avait pratiqué des amputations en se servant de l'acupressure comme moyen hémostatique, je me crus autorisé à agir de même. J'ai donc pratiqué trois amputations, l'une de la cuisse, les deux autres de la jambe.

Les aiguilles à acupressure ont toujours parfaitement suffi pour arrêter l'écoulement du sang, et dans aucun cas il n'est survenu d'hémorrhagie ni primitive ni consécutive. Les aiguilles ont été retirées 24, 36, 48 heures après leur application. Mais je dois dire que dans ces amputations la réunion par première intention n'a pas eu lieu et que les choses se sont comportées comme avec les ligatures. Je n'ai donc pas vu que l'acupressure favorisât la réunion par première intention, comme l'espérait M. Simpson. Du reste, quand on réfléchit aux circonstances nombreuses qui peuvent nuire à l'adhésion primitive des plaies, on comprend que la présence des fils à ligature n'a plus sous ce rapport qu'une importance secondaire.

J'ai mis en usage le premier procédé indiqué par M. Simpson et qui consiste à traverser le lambeau qui contient l'artère avec une longue épingle, de la peau vers la surface saignante d'abord, puis de celle-ci vers la peau ensuite. Depuis lors, M. Simpson a modifié son procédé : il se sert de petites aiguilles dans le chas desquelles on introduit un fil métallique fin et flexible. L'aiguille ne traverse plus la peau, elle est simplement introduite sur un côté de l'artère, comprend une petite épaisseur de parties molles et comprime le vaisseau par sa partie moyenne. Le fil métallique sert à retirer l'aiguille. J'ai, du reste, communiqué les résultats de mes expériences à l'Académie de médecine en 1860 (séance du 11 septembre). Je pense donc que, sans pouvoir remplacer toujours la ligature, qui me paraît, à cause de la facilité de son application, devoir rester le moyen hémostatique le plus ordinaire, l'acupressure est appelée à rendre des services dans un bon nombre de circonstances : ainsi les artères ossifiées qui se rompent sous le fil à ligature, celles qui sont situées au fond d'une plaie anfractueuse, contuse, seront facilement comprimées par l'aiguille. Dans les hémorrhagies secondaires, alors qu'il est impos-

sible de voir le vaisseau qui fournit le sang, il sera possible de se servir de l'acupressure avec grand avantage.

M. LEGOUEST. Je suis très-heureux d'avoir entendu la communication de M. Foucher, qui seul parmi nous paraît avoir expérimenté l'acupressure. L'opinion de notre collègue, formulée en d'autres termes que la mienne, me semble néanmoins s'en rapprocher beaucoup.

J'ai dit, dans mon rapport, que l'acupressure me paraît devoir rester à l'état de curiosité chirurgicale ; je n'ai pas changé d'avis. Que l'on ouvre un traité ou un manuel de médecine opératoire, et l'on y trouvera peut-être vingt-cinq méthodes ou procédés hémostatiques qui ont subi le même sort, bien qu'ayant été présentés ou mis en usage avec un certain éclat.

La simple compression indirecte de Koch, l'aplatissement de l'artère par les lames de plomb de Percy, la cautérisation d'après les règles établies par M. Bouchacourt, le refoulement et la torsion proposés et expérimentés par Thierry et Amussat, l'enlacement mis en usage par Stilling, et tant d'autres méthodes et procédés ne sont-ils pas devenus des curiosités chirurgicales ?

Je ne nie pas que l'acupressure, dans une circonstance donnée, ne puisse être employée utilement : nous ne faisons pas autre chose pour arrêter l'écoulement du sang dans l'opération du bec-de-lièvre et dans certaines autoplasties de la face ; mais nous ne pensons pas que l'emploi de ce moyen se généralise jamais et puisse être substitué à la ligature dans une opération comme une amputation. C'est donc sans injustice et sans sévérité que j'ai pu dire de l'acupressure qu'elle me semblait devoir rester à l'état de curiosité, comme bon nombre de choses ingénieuses qui ne sont pas passées dans la pratique usuelle de la chirurgie.

Si mes souvenirs me servent bien, mon honorable contradicteur disait, dans notre dernière séance, que si l'écrasement linéaire avait été accueilli à son début comme je voudrais que le fût l'acupressure, nous serions privés aujourd'hui d'un instrument et d'une opération utiles. Cet argument, loin de modifier ma manière de voir, milite au contraire en sa faveur. Dès que l'écrasement linéaire fut proposé par M. Chassaignac, les chirurgiens pressentirent qu'il pourrait rendre des services, le mirent en usage et reconnurent les avantages qu'il présente dans certains cas. Rien de semblable ne s'est passé au sujet de l'acupressure, qui, si j'en juge par l'impression générale, n'a excité que la curiosité.

M. GIRALDÈS. M. Foucher vient de nous indiquer les cas qui lui sont personnels et les expériences auxquelles il s'est livré relative-

ment à l'acupressure; il a montré l'utilité de ce moyen dans beaucoup de cas, et je m'étonne qu'après ces explications M. Legouest persiste dans sa manière de voir. N'est-il pas avantageux d'avoir un moyen qui nous permette d'étancher le sang à la surface d'une plaie sans être obligé de saisir l'extrémité des vaisseaux divisés? En chirurgie militaire, ce moyen pourrait rendre de grands services. Je maintiens donc les avantages de l'acupressure, et je trouve que l'on ne doit pas rejeter dès son entrée dans le domaine chirurgical un procédé par cela seul qu'on ne l'a pas employé. Avant de le juger, il faut l'employer, et suivre la marche qu'a suivie notre collègue M. Foucher.

M. Legouest peut ne pas aimer ce moyen, il peut ne pas le conseiller, ne pas l'employer, mais je dis qu'il est injuste de taxer de curiosité chirurgicale un procédé qui se présente comme pouvant rendre des services dans un grand nombre de cas.

Syphilis transmise par le vaccin.

M. DEPAUL. Je regrette de n'avoir pas assisté dans la dernière séance à la discussion qui a suivi la communication faite par M. Chassaignac. Mais j'ai examiné l'enfant qu'il vous a montré, et je dois dire, sans vouloir rien affirmer, qu'il ne m'est pas démontré que cet enfant soit atteint de syphilis. D'abord sa constitution fraîche ne l'indique pas, et puis jusqu'à présent nous ne savons rien de l'inoculation; nous ignorons dans quel état était l'enfant qui a fourni le vaccin. Je vois bien sur l'un des bras deux pustules aplaties, jaunâtres, sèches. Ces pustules sont peu indurées à leur circonférence, les ganglions axillaires sont engorgés, mais cela n'a rien qui doive surprendre, et les taches légères de la peau ne m'ont pas paru avoir les caractères d'une roséole syphilitique. J'ai vu peut-être cinquante cas offrant avec celui-ci la plus grande analogie. Les pustules de la vaccine s'ulcéraient, comme l'avait déjà indiqué Jenner; la croûte se détachait, les plaies s'élargissaient, puis tout cela disparaissait; il n'y avait aucune évolution syphilitique. Je pense donc que rien n'autorise à affirmer qu'il s'agit ici d'une inoculation syphilitique vaccinale.

M. CULLERIER. J'ai dit dans la dernière séance qu'il existait dans la science beaucoup de cas de vaccinations anormales qui avaient été prises pour de la vérole, et je citais le fait de M. Bergeron dans lequel j'avais cru à l'existence de la syphilis, et où cependant il n'est survenu aucun accident. Mais ici il ne saurait en être ainsi; les ulcérations ont tous les caractères des chancres indurés, il y a des

masses ganglionnaires dans les aines. Quant à la roséole, si elle était peu manifeste à la dernière séance, aujourd'hui elle est positive, et il existe une plaque muqueuse bien tranchée à l'anus. Il ne me paraît nullement nécessaire, pour se faire une opinion, de confronter cet enfant avec celui qui a fourni le vaccin, pour reconnaître qu'il a la vérole et qu'elle dépend de la vaccination.

M. Depaul s'étonne de la bonne apparence du petit malade, mais je lui ferai remarquer que nous ne sommes encore qu'au début de la maladie.

M. CHASSAIGNAC. Les indurations sur lesquelles reposent les ulcérations sont caractéristiques; elles sont indolentes, ainsi que les adénites. Les deux plaques cuivrées qui, il y a huit jours, commençaient à apparaître, sont aujourd'hui caractéristiques. Si donc il est important de remonter à la source de cette syphilis au point de vue de la vaccine, cette recherche est inutile pour le diagnostic, car ici la vérole s'affirme par elle-même.

M. GUERIN. L'évolution de la syphilis se fait chez l'enfant avec une grande rapidité. Dans le sein de sa mère, il peut parcourir la première et la seconde phase, et arriver avant sa naissance aux accidents dits *tertiaires*. Je crois pouvoir affirmer que la cachexie syphilitique n'existe chez l'enfant nouveau-né que lorsqu'il a contracté la maladie *dans les premiers temps de la grossesse de sa mère*. S'il a été infecté peu de temps avant l'accouchement, le plus souvent, quand il vient au monde, il paraît aussi bien portant que les enfants qui naissent dans les conditions les plus favorables. Dans ce dernier cas, les premières manifestations ne se produisent que deux ou trois septénaires après la naissance et quelquefois même plus tard.

M. DEPAUL. Cet enfant a été vacciné à la mairie dans une vaccination publique; il serait utile de savoir si parmi les enfants vaccinés le même jour, il y en a d'autres qui ont été infectés. Je viens de revoir le petit malade, et j'avoue que je n'ai pas aperçu de plaques muqueuses; je ne trouve pas non plus les taches cuivrées dont on parle, de sorte que je reste encore dans le doute.

M. CHASSAIGNAC. Si ce fait n'est pas reconnu, à part l'origine, comme un fait type de syphilis, il me paraît impossible de jamais démontrer la syphilis. Les recherches que demande M. Depaul seront faites, mais elles sont très-difficiles. Nous nous sommes déjà adressé à la mairie, et l'on nous a refusé tout renseignement; mais nous tâcherons d'y arriver par une autre voie.

M. GUERSANT. Quand j'ai vu des ulcères de vaccination, il y avait de l'inflammation autour, ce qui n'a pas lieu chez ce malade.

M. DEPAUL. Pour moi, j'ai rencontré de ces ulcères avec de l'inflammation et d'autres sans inflammation. On a dit que les pustules vaccinales étaient complétement cicatrisées. M. Chassaignac a-t-il vu cela ?

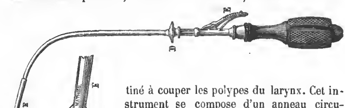
M. CHASSAIGNAC. La mère affirme que la cicatrisation était complète sur toutes les pustules.

LECTURE.

M. LE ROY-D'ETIOLLES lit un mémoire intitulé *De la cystocèle compliquée de calcul et de son histoire*. (Renvoi à une commission composée de MM. Dolbeau, Foucher et Legouest.)

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. FOUCHER présente, au nom de M. Mathieu, un instrument destiné à couper les polypes du larynx. Cet instrument se compose d'un anneau circulaire, sur lequel glisse un autre anneau tranchant, comme dans l'amygdalotome. A la partie supérieure de l'anneau existent deux petites pointes destinées à maintenir le polype et à l'empêcher de tomber dans la cavité du pharynx lorsqu'il est coupé. Il suffit de presser sur un ressort à bascule pour faire mouvoir l'anneau tranchant.



Cet instrument se manœuvre d'une main ; son action est rapide et sans secousses.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 9 septembre 1863.

Présidence de M. DEPAUL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Bandage herniaire. — M. GIRALDÈS fait un rapport verbal sur un bandage herniaire présenté à la Société par M. Fichot. Ce bandage

est élégant; la résistance des pelotes est accrue et rendue égale au moyen d'une tige d'acier qui va d'une pelote à l'autre. Avec cette modification, qui n'est pourtant pas nouvelle, ce bandage maintient bien les hernies.

Après quelques observations de MM. Dolbeau, Trélat et Bauchet, qui, tout en admettant que le bandage de M. Fichot peut avoir des avantages, font remarquer que la tige rigide s'adapte difficilement et qu'elle combat l'élasticité du ressort, la Société décide qu'il sera écrit à M. Fichot pour lui accuser réception de son envoi.

Tumeur récidivée de la parotide : extirpation, ligature préalable de la carotide primitive, point d'accident, grande bénignité des suites de l'opération. — M. VERNEUIL communique sous ce titre l'observation suivante :

L'observation que j'ai l'honneur de vous communiquer emprunte son principal intérêt à l'opération préliminaire que j'ai cru devoir pratiquer comme prologue à l'extirpation de la tumeur. Je veux parler de la ligature de la carotide primitive. Je ne me suis décidé à prendre cette précaution qu'après mûre réflexion, sans me dissimuler sa gravité intrinsèque et sans ignorer la réprobation très-générale dont elle est frappée par la majorité des chirurgiens modernes.

Je n'ai point eu à me repentir de ma hardiesse; mais quand bien même j'aurais été moins heureux, je vous aurais également saisis du fait; car je désire vivement que les ligatures d'artères, envisagées comme opérations préliminaires, soient soumises à une discussion approfondie et définitive ; c'est un problème chirurgical qui se pose à chaque instant dans la pratique et qui cependant attend encore une solution.

Voici d'abord la relation sommaire du cas que j'ai eu à traiter :

X..., âgé de quarante et un ans, de petite taille, de bonne constitution, entra à l'Hôtel-Dieu en septembre 1860, pour se faire opérer d'une tumeur de la région parotidienne droite, qui présentait les dimensions d'un petit œuf de poule. L'extirpation fut faite le 9 septembre. La tumeur était fortement adhérente à la peau et à toutes les parties qui l'entouraient dans la profondeur ; elle n'était point enkystée et dut être isolée dans presque toute sa circonférence avec le bistouri; par sa face profonde, elle reposait sur le pharynx, le digastrique, le spinal et les vaisseaux carotidiens. L'artère carotide externe, après l'ablation, était à nu au fond de la plaie dans l'étendue de près de 3 centimètres, et s'y révélait par des battements énergiques.

La tumeur adhérait solidement à l'apophyse mastoïde en haut, au

bord antérieur du sterno-mastoïdien en arrière. En avant, elle était creusée d'une gouttière embrassant le bord postérieur de la branche montante de la mâchoire; elle comprenait donc évidemment la majeure partie du corps de la glande parotide. Le tronc du nerf facial ne fut ni aperçu ni intéressé; mais l'examen de la pièce montra qu'on avait enlevé une partie des fibres du bord antérieur du sterno-mastoïdien, un tronçon nerveux long de 2 centimètres, appartenant sans doute à la branche mastoïdienne du plexus cervical, et enfin un segment de l'artère occipitale de plus de 2 centimètres.

L'extirpation, heureuse en ce sens que tout le mal paraissait déraciné et que les organes importants avaient été ménagés, avait duré plus de vingt minutes; il s'était écoulé une quantité de sang proportionnellement très-considérable en raison des nombreuses artérioles que le bistouri avait ouvertes et qui cependant avaient été liées au fur et à mesure. L'impossibilité de l'énucléation et la vascularité notable de la région rendaient compte de cette circonstance. La plaie fut mollement remplie de charpie et recouverte d'une vessie de glace; les suites furent fort simples tout d'abord : nous ne remarquâmes qu'une légère chute de la moitié droite de la lèvre, puis une angine traumatique qui dura trois jours; du reste, ni malaise ni fièvre.

La cicatrisation marchait à souhait, lorsque le huitième jour survint un érysipèle de la face avec le cortége habituel de symptômes. Cette complication retarda la guérison; mais un mois après l'opération tout était fini, sauf une petite fistule salivaire que je ne parvins à fermer qu'à l'aide de la cautérisation avec un stylet rougi.

Vers le mois de juillet 1861, X... vint me revoir. La cicatrice était rouge, un peu élargie et légèrement soulevée. Il n'y avait pas récidive à proprement parler, mais l'absence de dépression de la cicatrice et un peu de sensibilité au toucher me paraissaient suspectes; il fut convenu que l'opéré se remettrait sous mes soins pendant les vacances et que nous aviserions. Je ne le revis plus, jusqu'au mois de juillet dernier, où il vint me montrer une terrible reproduction du mal qui avait d'abord marché très-lentement, mais s'était développé très- activement depuis les trois derniers mois.

Toute la région latérale du cou était envahie par une tumeur bosselée étendue de haut en bas depuis le lobule de l'oreille jusqu'à deux travers de doigt de la clavicule, et d'avant en arrière depuis le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur, jusqu'à deux travers de doigt de la ligne des apophyses épineuses. Un prolongement sous-cutané, aplati, assez volumineux, dépassait le lobule de l'oreille, s'étendait sous la région mastoïdienne et soulevait l'origine du cuir chevelu.

La peau n'était ulcérée nulle part, mais elle était rugueuse, d'une coloration livide, très-vasculaire et intimement soudée aux gros lobules hémisphériques, qui par leur juxtaposition constituaient la masse morbide. La trace de l'ancienne opération était marquée par une cicatrice linéaire déprimée, très-adhérente. La tumeur était fort peu mobile. Le prolongement qui occupait le triangle sus-claviculaire paraissait seul glisser légèrement d'avant en arrière sur les parties profondes ; partout ailleurs la masse était inébranlable.

L'examen par la bouche ne révélait aucune déviation de l'amygdale, aucun soulèvement de la paroi correspondante du pharynx ; il était évident que le mal s'étendait surtout à l'extérieur et en surface, et qu'il ne présentait point ces poussées profondes qui sont si trompeuses dans les tumeurs parotidiennes en apparence peu volumineuses, si on s'en rapporte uniquement à la proéminence qu'elles font à l'extérieur.

Toutefois, il était bien évident que le tissu morbide remplissait toute l'excavation parotidienne et qu'il adhérait assez solidement aux parties voisines pour ôter l'espoir d'une énucléation facile.

Les fonctions des organes ambiants étaient à peu près intactes. Point de déviation des traits accusant l'envahissement ou la compression du facial ; déglutition facile, phonation, respiration aisées ; audition intacte ; perméabilité des vaisseaux annoncée par les pulsations évidentes de la temporale. Deux ordres de symptômes morbides existaient toutefois. L'abaissement de la mâchoire était gêné et la bouche ne s'ouvrait que difficilement ; puis le cou était incliné légèrement sur l'épaule et se mouvait avec peine. Le sterno-mastoïdien, en effet, était soulevé, englobé ou envahi par le tissu pathologique ; en tout cas il ne fonctionnait plus. Enfin, par suite sans doute de la distension ou de la compression des rameaux du plexus cervical, toute la moitié droite du cou et des téguments crâniens était le siége de douleurs atroces lancinantes, névralgiques, qui depuis près de quinze jours avaient entièrement aboli le sommeil. C'est ce dernier symptôme qui a décidé X... à venir me consulter.

J'hésitais beaucoup à proposer une nouvelle opération ; car, outre qu'il était difficile d'espérer une éradication complète, j'avais à craindre une foule d'accidents, tels que l'introduction de l'air dans les veines, la blessure de nerfs importants et de vaisseaux volumineux. Je me rappelais que la première opération avait mis à nu la carotide externe et intéressé de nombreuses artérioles ; je prévoyais que l'énucléation serait impossible et qu'il faudrait partout employer l'instrument tranchant. L'altération très-étendue du tégument nécessitait la formation d'une large plaie béante, qui pouvait à son tour donner

naissance à des accidents graves, d'autant plus facilement que le malade, épuisé par les douleurs, présenterait moins de résistance. Enfin, la présence d'un petit ganglion mobile, mais dur, dans la région sus-claviculaire me faisait redouter l'envahissement de la chaîne profonde des ganglions du cou.

J'avais donc en perspective la mort immédiate pendant l'opération, l'épuisement ou les complications traumatiques dans les jours suivants, enfin dans l'avenir la récidive locale ou la généralisation.

Cependant l'état de ce malheureux était si lamentable, ses douleurs si intenses et son désespoir si grand que je me décidai. L'examen des viscères me démontra leur intégrité, puis la nature du mal me rassurait un peu; j'étais à peu près convaincu que nous avions affaire ici, comme la première fois, à une de ces tumeurs fibro-glandulaires qui pour la gravité tiennent le milieu entre l'adénome susceptible de guérison radicale et l'encéphaloïde à marche rapide. Si l'opération pouvait seulement faire cesser les douleurs et prolonger la vie, il valait la peine d'encourir les chances mauvaises énumérées plus haut.

C'est alors que je songeai à la ligature préalable, dans l'espoir que cette mesure rendrait l'extirpation plus facile et plus sûre, permettrait de reconnaître et de ménager les organes importants qui devaient être côtoyés par l'instrument, et préviendrait enfin une perte de sang considérable, inévitable si on ne prenait point de précautions, et pouvant avoir les suites les plus fâcheuses eu égard à l'état d'anémie profonde dans lequel se trouvait notre patient.

J'avais conçu tout d'abord le projet de lier seulement la carotide externe à quelque distance de son origine, et de n'étreindre le tronc commun que si cela était absolument nécessaire; c'est ce dernier parti qu'il fallut adopter.

J'étais assisté dans cette grave occurrence par mes collègues MM. Broca, Cullerier, Dolbeau, Follin et Legouest, dont le concours me fut d'une grande utilité.

Le chloroforme administré, une incision fut pratiquée au niveau du bord antérieur du prolongement inférieur de la tumeur. Elle devait servir à la fois à l'extirpation et à la découverte des vaisseaux carotidiens. Je divisai couche par couche les parties molles du cou, et pus me convaincre bientôt que la bifurcation de la carotide primitive n'occupait plus son siége habituel et sa situation superficielle. La tumeur l'avait refoulée en dedans et vers la profondeur. Craignant de ne pouvoir atteindre et lier en un lieu convenable la carotide externe ou d'y employer trop de temps, j'agrandis en bas l'incision cutanée, et me mis en mesure de lier la carotide primitive au niveau du bord

inférieur du cartilage cricoïde. Je rencontrai même dans cette opération simplifiée deux espèces d'obstacles. Le muscle sterno-mastoïdien était envahi par le tissu morbide ; il était au moins triplé d'épaisseur, surtout vers sa face profonde ; aussi avait-il refoulé les vaisseaux à près de 4 centimètres de profondeur ; de plus, il était tout à fait rigide et ne se laissait point attirer en dehors. Comme il devait être sacrifié nécessairement, je le coupai en travers dans sa portion saine, à 4 centimètres environ de son insertion inférieure, ce qui me permit d'aborder aisément la gaîne vasculaire.

La seconde difficulté provenait du sang qui emplissait la plaie. En effet, l'incision préparatoire, quoique peu étendue et portant sur des parties non altérées, avait ouvert trois ou quatre petites artérioles qui donnaient en abondance, et dont deux durent être liées. Ceci donne une idée de la vascularisation de la région et du nombre de vaisseaux que j'aurais rencontrés dans le cours de l'extirpation. Enfin, je découvris l'artère, et après avoir bien reconnu le nerf pneumogastrique et la jugulaire interne, je serrai la ligature. Ce premier acte avait demandé treize ou quatorze minutes.

L'anesthésie marchait régulièrement ; la respiration et la circulation étaient normales. Au moment où le fil fut serré, il nous sembla que le malade pâlissait beaucoup et que le pouls faiblissait. L'opération fut suspendue pendant quelques minutes, et un peu d'eau fraîche fut projetée sur le visage. Nous ne remarquâmes, du reste, nulle convulsion, nulle déviation des traits, et rien qui dénotât des symptômes d'hémiplégie ; mais on conçoit combien cette complication serait difficile à constater dans le sommeil anesthésique. Cependant, l'interruption du chloroforme ayant permis au malade de se réveiller à moitié, nous pûmes nous assurer qu'il agitait également les membres des deux côtés.

L'extirpation fut poursuivie. Je n'en décrirai pas les phases. Une incision ovalaire circonscrivit dans toute son étendue le tégument qui devait être sacrifié ; puis la dissection fut conduite de la circonférence au centre, en commençant d'abord par l'hémisphère postérieur de la tumeur. En disséquant le prolongement sus-claviculaire, j'ouvris une veine sous-cutanée, probablement la jugulaire externe ou l'une de ses branches. J'entendis distinctement un sifflement annonçant l'introduction d'une certaine quantité d'air dans la veine ; aussitôt du sang spumeux s'échappa du même point. J'y appliquai sur-le-champ le doigt, puis une ligature. Je suspendis encore la dissection pour observer ce qui adviendrait, mais le pouls ni la respiration ne parurent influencés, et je continuai. J'avais, du reste, fait disposer une machine électrique, dans la prévision d'un accident de ce genre ;

mais son emploi ne me parut pas utile. Quelques instants plus tard, au moment où je détachais le même prolongement sus-claviculaire par sa face profonde, un flot de sang surgit tout à coup de la profondeur de la plaie. Je craignais d'avoir ouvert quelques branches de la sous-clavière ; je soulevai rapidement la tumeur, et d'un coup d'éponge j'abstergeai la cavité remplie de sang ; aucun vaisseau ne donnait, et l'écoulement cessa pour ne plus se reproduire. Je suppose qu'une veine dilatée avait fourni le flot sanguin.

J'isolai successivement toute la circonférence de la tumeur, réservant pour la fin la dissection de l'échancrure parotidienne ; je redoublai de précaution en approchant du nerf facial. Comme le suintement sanguin était insignifiant, je pus facilement distinguer, à son aspect nacré, le tronc de ce nerf et les grosses branches de sa division ; des granulations glandulaires peu altérées les entouraient. Aussi pus-je en faire la dissection minutieuse et les conserver presque entièrement. Plus haut, j'excisai la portion sous-cutanée de la parotide, sauf les lobules les plus antérieurs qui paraissaient tout à fait sains.

Pour aborder à ciel ouvert la partie profonde, c'est-à-dire la région périlleuse, je morcelai la tumeur, qui ne tenait plus qu'au fond de l'échancrure. C'est pourquoi, au moyen d'une incision verticale pratiquée dans la masse morbide, j'en enlevai la moitié postérieure, qui comprenait en même temps la plus grande partie du sterno-mastoïdien et un long bout de la branche externe du spinal.

Dès lors, il fut commode de culbuter d'avant en arrière le segment antérieur de la tumeur, et de la détacher de ses adhérences au pharynx et à la gaîne des vaisseaux. La carotide externe était englobée dans le tissu morbide, et j'en enlevai au moins deux centimètres ; les deux bouts fournirent du sang sous forme d'un jet assez volumineux, mais jaillissant à peine à 10 centimètres. Une ligature fut jetée sur chacun d'eux ; ce furent les seules que je dus placer. Je mis également à nu le tronc réuni des veines faciale et temporale ; le bistouri l'avait intéressé, et il donnait un peu de sang veineux ; de plus, il était entouré d'un chapelet de ganglions hypertrophiés qui se continuait avec ceux qui accompagnent la jugulaire interne. Je plaçai donc sur le tronc veineux susdit deux ligatures assez distantes, après quoi je l'enlevai avec les ganglions suspects. Je terminai l'opération en énucléant à la partie inférieure de la plaie le ganglion sus-claviculaire dont j'ai parlé, et en excisant à la partie la plus élevée de l'échancrure parotidienne, près de la rainure digastrique et de l'apophyse styloïde, des portions de tissu induré. Je n'osai pas porter l'instrument tranchant ni les caustiques dans cette région profonde, de sorte que je crains de n'avoir pas franchi dans ce point les limites

du mal. Si la récidive s'y montre, je l'attaquerai de bonne heure avec les caustiques.

A partir de la ligature de la carotide, l'extirpation, y compris les interruptions nécessitées par les ligatures et l'introduction de l'air dans la veine, avait demandé près d'une demi-heure. L'opération avait donc duré en tout quarante minutes environ. A peine si le malade avait perdu 200 grammes de sang. La plaie était énorme; tous les muscles de la région latérale du cou étaient à découvert, et le pharynx était presque à nu. Un morceau d'éponge fine fut placé au fond de la brèche; trois points de suture rapprochèrent doucement les bords décollés de la peau aux extrémités de la plaie, et le reste fut rempli de boulettes de charpie. Quelques compresses, un bandage roulé complétèrent le pansement, qui pendant les jours suivants fut incessamment imbibé d'eau glacée. Le suintement sanguin consécutif fut si minime que la charpie et les compresses ne furent pas même colorées entièrement.

Le malade, reporté dans son lit, reprit bientôt sa connaissance complète, et nous pûmes nous assurer que la ligature n'avait porté aucune atteinte aux fonctions nerveuses. Nous vîmes seulement alors que, malgré les précautions prises, quelques filets du facial avaient été intéressés, car la commissure labiale était légèrement déviée, la moitié correspondante des lèvres à demi paralysée, et l'occlusion complète des paupières impossible.

Je n'ai pas besoin de dire que, malgré ce succès opératoire, la vie de l'opéré me semblait fort menacée; heureusement les suites furent d'une bénignité tout à fait inespérée. Aussi je m'explique mal comment le bruit a couru que le malade avait succombé au troisième jour. L'apyrexie fut complète, et les symptômes généraux inquiétants firent absolument défaut. Tout se borna aux phénomènes suivants :

Le premier jour, céphalalgie pariéto-frontale, difficulté de la déglutition, impossibilité de mouvoir sans douleur la mâchoire inférieure. Le lendemain, angine assez gênante, puis petite toux sèche que l'opium calma assez promptement; affaiblissement, puis raucité de la voix. Tout cela s'explique sans peine par l'inflammation de voisinage développée naturellement dans les alentours de l'articulation temporo-maxillaire et le pharynx, puis propagée de là aux muqueuses sous-jacentes. L'angine fut surtout incommode; elle n'empêcha pas toutefois l'opéré d'étancher sa soif, qui était modérée, et de satisfaire son appétit, assez prononcé du reste, d'abord par des bouillons concentrés, puis des potages liquides, et enfin de la viande hachée dès le quatrième jour, quand l'écartement des mâchoires fut possible.

Au cinquième jour, l'état ne laissait vraiment rien à désirer; jus-

qu'alors je m'étais contenté de changer les pièces extérieures du pansement, qui avaient été continuellement imbibées d'eau fraîche. Comme le froid continu pouvait aussi bien que la phlegmasie de la muqueuse laryngienne rendre compte de la persistance de la toux et de l'enrouement, je fis cesser l'irrigation et couvrir de flanelle la partie antérieure de la poitrine. Jusque-là je n'avais pas touché à la plaie, qui n'exhalait presque aucune odeur et qui suppurait à peine ; je la découvris entièrement pour détacher la charpie qui la remplissait. Je fus alors singulièrement frappé de l'état local : les bords de cette immense solution de continuité n'offraient pas la plus minime trace d'inflammation ; on eût dit que l'opération venait d'être pratiquée, car il n'y avait ni rougeur, ni gonflement, ni sensibilité au toucher. Six ou sept centimètres de la circonférence faisaient exception ; la peau offrait là les signes ordinaires de l'inflammation traumatique, fort modérée du reste. C'était à la partie inférieure de la plaie, et M. Thomas, mon interne, me fit remarquer qu'en ce point le tégument devait être alimenté plutôt par les rameaux de la sous-clavière que par ceux de la carotide, interprétation qui me parut ingénieuse. Cette absence totale de réaction ne me paraissait du reste nuire en aucune façon au travail réparateur. La suppuration, très-faible à la vérité, qui commençait à s'établir était de bonne qualité, et les parties que je découvris en enlevant la charpie avaient déjà le plus bel aspect.

Je dirai brièvement que cette simplicité ne se démentit pas un seul instant. La plaie se détergea complétement, se combla et se rétrécit avec une telle rapidité, que vers le 20 août elle était réduite à une surface bourgeonnante qui mesurait à peine cinq ou six centimètres dans son plus grand diamètre. Les ligatures tombèrent du douzième au vingtième jour, époque où se détacha le fil jeté sur la carotide primitive. L'éponge que j'avais placée au fond de la plaie ne se détacha qu'avec la plus grande difficulté, en raison des adhérences qu'elle avait contractées avec les granulations charnues ; il fallut l'enlever par fragments, et non sans douleur ; les derniers ne purent être détachés que vers le vingtième jour. C'est un moyen que je n'emploierai plus.

Au bout de quinze jours, le malade, dont l'état général était aussi satisfaisant que possible, commençait à se lever dans la salle. Dans les premiers jours de septembre, quoique la plaie ne fût pas complétement cicatrisée, il demanda avec insistance à retourner chez lui pour surveiller son commerce. Il buvait, mangeait, dormait bien ; les forces revenaient, et il n'éprouvait rien autre qu'un peu de gêne dans les mouvements du cou. La raucité de la voix persistait encore,

mais s'amoindrissait de jour en jour. Les signes de paralysie partielle de la face diminuaient aussi.

J'ai depuis revu deux fois l'opéré ; la plaie qui reste, sans avoir mauvais aspect, fait peu de progrès ; elle est touchée tous les deux jours avec une solution de nitrate d'argent ; mais peut-être faudra-t-il la modifier plus énergiquement.

J'aurai soin de tenir la Société au courant des suites.

La tumeur, comme la première fois, était fibro-glandulaire, mais les acini étaient très-hypertrophiés, et dans plusieurs points il y avait destruction des culs-de-sac et infiltration d'épithélium nucléaire dans la gangue fibreuse. Cette variété comporte avec elle un pronostic grave, surtout par la probabilité d'une récidive locale opiniâtre.

J'ai examiné avec soin tous les ganglions extirpés ; ils étaient hypertrophiés, mais sans trace d'infiltration épithéliale.

En portant ce fait devant vous, j'accepte d'avance toutes les objections que vous voudrez bien faire à la décision que j'ai cru devoir prendre, mais je désire bien plus encore qu'agrandissant le débat, son jugement soit porté sur les ligatures d'artères, considérées comme acte préliminaire aux opérations sanglantes. C'est une question qui n'a point encore été envisagée dans son ensemble et que les chirurgiens n'ont guère jugée jusqu'à présent que d'après les faits de leur pratique ou d'après des raisonnements *à priori*.

Il est évident qu'à une certaine époque on a abusé de ce moyen, car il est avéré que, dans l'immense majorité des cas d'extirpation de tumeurs parotidiennes ou faciales, on n'a pas besoin de prendre une aussi grave précaution contre l'hémorrhagie ; mais il me semble qu'en présence de certaines tumeurs, on est encore autorisé à prévenir à tout prix un écoulement de sang, qui pourrait devenir funeste primitivement ou dans la suite. J'accorde que les procédés d'exciser sont plus parfaits, que l'habileté des opérateurs ne laisse rien à désirer, et qu'on ne voit guère de nos jours un malade mourir d'hémorrhagie à l'amphithéâtre même ; mais, cependant, la lecture des observations indique qu'une telle crainte n'est pas sans fondement. Je pourrais citer plus d'un exemple où la perte trop grande de sang a été funeste. Je vous rappelle seulement cette observation rapportée par M. Michaux (de Louvain), et dans laquelle une hémorrhagie si formidable suivit l'extirpation d'un polype naso-pharyngien, que cet habile chirurgien crut nécessaire de recourir sur-le-champ à la transfusion.

Croit-on qu'en pareil cas une ligature préliminaire eût été superflue, et notre savant collègue de Louvain ne dut-il pas regretter de n'avoir pas agi comme chez un de ses premiers malades à qui, dans un cas analogue, il lia sans coup férir la carotide primitive ?

Les avantages et les inconvénients de l'opération en question ne pourront s'apprécier que par les faits. Ceux-ci sont déjà assez nombreux, mais la manière déplorable dont les indications bibliographiques sont données dans les auteurs classiques ne m'a pas permis encore de réunir tous ceux que la science possède. Si grand d'ailleurs qu'en puisse être le nombre (je l'évalue approximativement à 25), je voudrais le grossir encore, et c'est pour cela que je m'adresse à nos collègues, dont plusieurs à ma connaissance ont mis en usage l'expédient susdit.

C'est jusqu'à présent la carotide primitive qui a été liée le plus souvent, et il est juste de reconnaître que de toutes les artères du corps (j'en excepte les gros troncs cachés dans les cavités viscérales), c'est celle dont l'oblitération brusque entraîne avec elle le plus de dangers ; aussi les objections n'ont pas fait défaut. On articule quatre reproches principaux :

1° La ligature de la carotide primitive augmente la durée totale de l'opération. On cite à ce propos Stedeman, qui mit trois quarts d'heure à lier le vaisseau ; Roux, qui y consacra un quart d'heure ; n'ayant pas été moi-même plus expéditif, je prendrai ma part du reproche. Mais il ne me semble pas bien sérieux. Abstraction faite du cas tout à fait exceptionnel de Stedeman, je pense que si la ligature préliminaire principale ne dure pas plus de 15 à 20 minutes, elle économisera plus de temps que les nombreuses ligatures placées au fur et à mesure sur les artérioles ou les artères qu'on ouvre chemin faisant pendant le cours de l'extirpation.

2° La ligature de la carotide est inutile, l'hémostase n'offrant pas de difficultés sérieuses dans la grande majorité des cas. Elle peut d'ailleurs être remplacée avec avantage par la compression médiate ou immédiate de cette artère, ou, si ce dernier moyen ne paraît pas suffisant, par la ligature temporaire, par une ligature d'attente, ou par la ligature enfin de la carotide externe. J'accepte volontiers ces arguments, et je reconnais que la plupart des résections de la face et des extirpations de tumeurs du cou ou de la région parotidienne peuvent se faire sans danger d'hémorrhagie grave. Quant aux moyens secondaires énumérés plus haut, compression, ligature d'attente, ou temporaire, etc., ils sont encore à juger ; et comme je sais qu'ils ont été employés également par plusieurs de mes collègues, j'attends des éclaircissements qui se produiront sans doute dans cette discussion. Il est évident *à priori*, par exemple, que si la ligature de la carotide externe n'exposait pas aux hémorrhagies secondaires, elle remplirait parfaitement le but sans faire naître de complications graves.

3° La ligature de la carotide primitive n'est pas toujours efficace,

et ne dispense pas des ligatures multiples faites à la surface de la plaie. Ainsi M. Chassaignac, entre autres, nous dit que, malgré cette précaution prise chez un de ses opérés, il se faisait à la surface de la plaie une véritable pluie de sang. Cela suppose un grand développement des anastomoses avec les vaisseaux de l'autre côté, mais ne prouve point l'inutilité de la mesure préventive. Dans des cas de ce genre, quelle quantité de sang n'aurait-on pas perdue si on avait eu à lutter à la fois contre l'écoulement direct et contre l'écoulement en retour ! Une telle richesse d'anastomoses, on en conviendra du reste, ôte à la ligature de la carotide commune la plupart de ses dangers, car elle assure l'abord facile du sang dans les parties que ce vaisseau doit alimenter.

4° On objecte enfin les accidents très-sérieux et tout à fait incontestables qui suivent l'interruption du cours du sang dans l'artère en question; je veux parler de l'hémiplégie, des convulsions, de la gangrène même d'un hémisphère cérébral, que M. Maisonneuve dit avoir observée. Ce reproche, le plus grave de tous, est certainement fondé, et à lui seul il contre-balance tous les avantages de la ligature de la carotide. Toutefois, je dis qu'il contre-balance ces avantages, mais j'avoue qu'il ne les détruit pas. Si les accidents étaient très-fréquents, nul doute qu'on ne dût renoncer entièrement à la ligature préalable; s'ils étaient très-rares, nul doute aussi que cette ligature ne dût être beaucoup plus souvent utilisée. Il y a ici une question numérique délicate, il est vrai, mais tout à fait décisive. La ligature préalable d'un gros vaisseau appartient à la classe des opérations préliminaires ; or toute opération préliminaire entraîne des parties saines épargnées par le mal qu'on veut détruire, et dont la lésion comporte des inconvénients ou des dangers qui lui sont propres. Si la somme de ceux-ci est moindre que celle du bénéfice qu'on attend, ou si elle ne fait que l'égaler, on est en droit de recourir au prologue opératoire, quelle que soit son importance. Il y a un calcul de probabilités à introduire ici, comme dans une foule de questions de thérapeutique chirurgicale ; mais un calcul de ce genre ne se peut faire qu'avec des faits aussi nombreux que possible, et c'est pour cela que je propose de comprendre dans la discussion tous les cas de ligature préliminaire de la carotide primitive, abstraction faite des lésions qui ont paru la nécessiter, les inconvénients et les avantages étant d'ailleurs fort comparables.

En regard des reproches plus ou moins légitimes que j'ai rassemblés plus haut avec impartialité, je le pense, il serait juste de placer les motifs qui militent en faveur de la mesure préventive en discussion. Il ne s'agit pas seulement de rendre l'opération fondamentale

plus aisée et moins émouvante pour le chirurgien, cette considération est secondaire; il s'agit de favoriser l'obtention du but final, c'est-à-dire la guérison radicale; or, en liant d'avance les vaisseaux, il est certain que l'opération, sans parler de la durée, qui peut être moindre, est plus soigneusement complétée, que les parties voisines sont plus souvent ménagées, que le sang est mieux épargné, et c'est dans certains cas une considération de la plus haute importance, car de ce que le malade ne succombe pas à l'hémorrhagie primitive, il ne faut pas conclure que le sang perdu se répare toujours, et qu'au sortir de l'amphithéâtre on n'ait plus à compter avec sa déperdition trop grande. Enfin, il est incontestable que les phénomènes inflammatoires ou autres dont la plaie est le siége nécessaire sont singulièrement amendés par l'obstacle à l'abord du sang ou du moins par l'atténuation locale de l'activité circulatoire. Cette conséquence, bien et dûment constatée, doit entrer dans la balance, et corriger peut-être le pronostic sérieux inhérent à la ligature préliminaire.

M. CHASSAIGNAC. Je m'élèverais contre la ligature préalable si on voulait la faire dans tous les cas, mais je ne désavoue pas de l'avoir faite. Ainsi, chez un vieillard très-affaibli, j'avais à enlever une tumeur parotidienne énorme; je mis à découvert l'artère carotide primitive, et je passai un fil au-dessous sans la lier. Si l'on nous propose de faire la ligature de l'artère carotide primitive dans tous les cas d'extirpation de tumeur parotidienne, je n'hésite pas à la rejeter. Mais il faut admettre que cette ligature peut être indiquée, et on doit laisser cela à l'appréciation du chirurgien.

M. VERNEUIL. Je ne voudrais pas voir la question de la ligature préalable restreinte aux opérations qui se font dans la région parotidienne. En posant cette question, je veux l'étendre aux tumeurs du maxillaire supérieur, du pharynx, etc. Je désirerais donc que la Société discutât la question de la ligature préalable, et celle de la ligature d'attente envisagée d'une façon générale.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 6 septembre 1863.

Présidence de M. Richet, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine.

— La lettre suivante de M. Baizeau, dont M. le président donne lecture à la Société :

« Monsieur le président,

» Dans une lettre récemment adressée à la Société de chirurgie, M. Heyfelder appelle l'attention des chirurgiens sur un procédé d'uranoplastie qu'il attribue à M. Langenbeck. M. Heyfelder ignore sans doute ou a oublié qu'en 1858, c'est-à-dire deux ans avant que M. Langenbeck ait exécuté sa première opération, j'ai présenté à la Société de chirurgie un homme sur lequel j'avais pratiqué avec succès la palatoplastie à l'aide d'un procédé consistant dans deux lambeaux latéraux en forme de pont, opération que j'ai répétée deux fois en 1860, et à laquelle M. Gosselin a dû la même année deux guérisons de perforation palatine.

» Ainsi que l'a dit M. Legouest dans la séance du 20 août 1862, le procédé dont M. Langenbeck s'est servi pour la première fois vers le milieu de 1860 (*Archives générales de médecine*, mai 1862, p. 583) est le même que j'ai employé au mois de mars 1858. Ce chirurgien fait comme moi deux lambeaux latéraux libres par leur face supérieure, et qui se continuent en avant et en arrière avec les parties molles de la voûte palatine et du voile du palais. Le seul changement qu'il ait apporté au manuel opératoire consiste à décoller le périoste avec des instruments mousses, tandis que chez mon premier opéré j'ai détaché le lambeau avec le bistouri.

» Je ne discuterai pas l'importance de cette modification, mais je rappellerai que bien avant que M. Langenbeck ait fait connaître ses observations d'uranoplastie, cette opération avait été pratiquée cinq fois à Paris par mon procédé et avait été suivie quatre fois de l'oblitération de la fistule palatine. Je doute qu'on obtienne des résultats plus satisfaisants à Berlin.

» Le procédé à double pont ne doit donc pas ses succès, comme quelques personnes tendent à le croire, au décollement sous-périostique, mais à la disposition des lambeaux, innovation dont il me semble difficile de m'enlever la priorité, et je ne peux croire que la légère modification de M. Langenbeck, que, du reste, j'avais déjà exécutée avant qu'il en ait parlé (*Gazette des Hôpitaux,* 15 août 1861), suffise pour me déposséder. Dr BAIZEAU.

» Oran, 5 septembre 1863. »

M. GIRALDÈS. M. Baizeau semble contester à M. Langenbeck la priorité de son procédé opératoire ; déjà M. Hulke (de Londres) avait fait les mêmes réclamations, et peut-être serait-il bon de comparer, avant de rien accepter, les faits sur lesquels se fondent MM. Hulke et Baizeau. Il y a d'ailleurs entre le procédé de ce dernier chirurgien et celui de Langenbeck une différence bien importante, c'est la conservation du périoste dans l'épaisseur des lambeaux.

M. VERNEUIL. M. Langenbeck, au commencement de son mémoire, conteste à M. Baizeau la priorité de son procédé à double pont. La Société ferait donc bien, suivant moi, d'examiner avec soin les dates et d'établir nettement par des recherches historiques à qui doit revenir cette priorité.

M. RICHET. Cette question a déjà été agitée dans le sein de la Société. Lorsqu'il y a un an je présentai le malade qne j'avais opéré et guéri, je dis que j'avais employé le procédé de M. Langenbeck ; M. Légouest fit valoir alors les droits de M. Baizeau. Il n'y a pas lieu de revenir sur une controverse qui paraît avoir été épuisée.

Après quelques paroles de MM. Verneuil et Broca la Société décide que la lettre de M. Baizeau sera publiée dans le *Bulletin,* sans préjudice des observations postérieures qui pourront être faites sur ce sujet par les membres de la Société.

— M. VERNEUIL dépose sur le bureau :

De la part de M. Dubois fils, chirurgien à l'hôpital d'Abbeville, une observation et une pièce, relatives à une *tumeur du globe de l'œil,* développée chez une petite fille et enlevée par l'écraseur linéaire.

De la part de M. V. de Burns, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Tubingue, un ouvrage de M. Hermann Schmidt, sur la *Statistique des amputations et des résections* pratiquées à la Clinique de cette ville de 1843 à 1863. Ce travail renferme des documents très-étendus et très-complets sur les résultats opératoires.

Discussion sur la ligature préalable des grosses artères.

M. VERNEUIL rappelle en quelques mots sa communication de la séance précédente, et indique les points sur lesquels il voudrait voir porter la discussion.

M. BROCA. La ligature de la carotide externe n'a pas été pratiquée un très-grand nombre de fois; cependant les faits sont suffisants pour qu'on puisse juger de sa valeur. D'après les observations dont j'ai connaissance, je la considère comme relativement peu grave; l'hémorrhagie consécutive est au moins aussi rare que pour toutes les autres artères volumineuses. Dès lors, ce danger une fois écarté, je ne vois guère ce qu'on pourrait alléguer en faveur de la ligature de la carotide primitive, qui entraîne si souvent des accidents primitifs ou consécutifs fort graves. Il y a des cas, cependant, où la tumeur offre un développement et une étendue si considérables que la carotide externe est tout entière enfouie sous la production morbide et qu'on est forcé de lier la carotide primitive. En dehors de ces conditions spéciales, je crois que la règle doit être de faire la ligature de la carotide externe. Cette pratique est, du reste, suivie avec succès par plusieurs chirurgiens d'Amérique, qui y ont assez souvent recours.

J'ajoute encore, en faveur de la ligature préalable, que, bien que le chirurgien ait à accomplir deux actes opératoires successifs, la ligature artérielle et l'ablation de la tumeur, le malade ne supporte en définitive qu'une seule opération; il n'a qu'une seule plaie correspondant à la fois à la ligature et à l'exérèse.

M. CHASSAIGNAC. J'ai pratiqué plusieurs fois des ligatures préventives pour des cas où je redoutais des hémorrhagies graves pendant l'ablation de tumeurs profondes et étendues; je me souviens de trois de ces opérations, deux fois à la partie supérieure du cou et une fois sur l'iliaque externe. Il me semble difficile de tracer à cet égard aucune règle précise; la situation, les rapports, la nature de la tumeur, dicteront la conduite du chirurgien. Mais je pense qu'on pourra souvent, ainsi que je l'ai fait, se contenter de passer un fil sous l'artère sans étreindre celle-ci par une ligature; si le sang coule en trop grande abondance, on a toujours le temps de serrer le nœud et on a l'avantage de ne pas s'être exposé à une opération inutile.

M. RICHARD. J'ai fait une fois, avec l'assistance de MM. Malgaigne, Maisonneuve et Broca, la ligature de la carotide externe. C'était pour un anévrysme traumatique de la temporale superficielle, cas bien différent de celui de M. Verneuil. La ligature fut très-facile et le malade guérit sans éprouver aucun accident.

Une année auparavant, nous enlevions avec M. Denonvilliers une énorme tumeur fongueuse parotidienne; sur son conseil je plaçai une ligature d'attente sur la carotide primitive. L'opération était à peine commencée que l'écoulement du sang nous forçait à serrer le fil sur l'artère. Le malade succomba au bout de quelques jours à l'infection purulente, mais il n'y eut aucun accident immédiat ou consécutif qui pût être mis sur le compte de la ligature.

M. RICHET. Je ne crois pas que la ligature préalable des grosses artères pour l'ablation des tumeurs doive être adoptée en principe. Cette question a été examinée à plusieurs reprises depuis le mémoire de Fouilloy publié en 1828. Larrey, qui fit un rapport sur ce travail, était opposé à ses conclusions. Lisfranc voulait qu'on réservât la ligature préalable pour l'ablation des tumeurs osseuses. Enfin, je tiens de M. Denonvilliers qu'il a fait un nombre considérable d'opérations très-graves sur la région parotidienne, sans jamais être obligé de lier préventivement la carotide primitive.

Il s'en faut de beaucoup que la ligature de la carotide primitive soit facile et rapide. Roux et Robert ont lié le pneumo-gastrique, d'autres le grand sympathique, la branche descendante de l'hypoglosse; la veine jugulaire a été blessée dans plusieurs opérations.

Les accidents cérébraux sont des plus graves et surviennent parfois très-rapidement : Langenbeck perdit un malade au bout de trois heures; celui auquel j'ai lié la carotide primitive pour une plaie de la région parotidienne a guéri, mais au prix d'une hémiplégie qui dura vingt-cinq jours, et de commencements d'asphyxie qui me donnèrent de vives inquiétudes.

Les hémorrhagies consécutives sont loin d'être rares; Abernethy, Dupuytren, Lisfranc, en ont observé.

La ligature de la carotide primitive est donc dangereuse, j'ajoute qu'elle est le plus souvent inutile. Chez une femme que j'opérais d'une tumeur de la région parotidienne, j'ai dû mettre à nu les deux carotides et les parois du pharynx que je voyais se soulever à chaque inspiration sans être obligé de faire aucune ligature préventive. C'était un volumineux enchondrome, qui avait refoulé ou écarté tous les organes voisins, muscles, vaisseaux et nerfs.

Je concevrais peut-être qu'on fît la ligature préalable, pour ces tumeurs cancéreuses qui enveloppent et absorbent les vaisseaux dans leur épaisseur; mais comme j'ai renoncé à opérer ces sortes de tumeurs, je ne m'arrêterai pas sur ce point.

Quant à la ligature de la carotide externe, je ferai remarquer que le plus souvent le fil, au lieu d'être placé à l'origine du vaisseau, étreint celui-ci au delà de la naissance de la linguale et de la thyroï-

dienne supérieure, et qu'en conséquence on court le risque de n'avoir apporté qu'un obstacle illusoire à l'hémorrhagie.

M. GUERSANT. J'appuie complétement les opinions émises par M. Richet. Les faits que je connais me permettent d'avancer qu'il faut être très-réservé sur ces ligatures préalables, et si, par exception, on se décide à les pratiquer, je pense qu'il sera bon de suivre le conseil donné par M. Chassaignac, de placer une ligature d'attente, sauf à serrer le fil si besoin est.

M. VERNEUIL. Les renseignements que M. Broca vient de nous donner sur la ligature de la carotide externe sont précieux et de nature à rassurer contre la crainte de l'hémorrhagie consécutive. Il resterait maintenant à réunir tous les cas où ce vaisseau a été lié et à compter les accidents. S'ils sont réellement rares, la ligature préliminaire devra être employée plus souvent qu'elle ne l'a été jusqu'à ce jour, car les avantages surpasseront véritablement les dangers. Je rappellerai, du reste, que dans mon opération j'avais l'intention d'étreindre seulement la carotide externe, mais que l'état des parties m'a forcé de renoncer à mon projet, ce qui arrivera plus d'une fois sans doute dans les cas de tumeurs volumineuses de la parotide ou du cou.

M. Chassaignac admet le principe des ligatures préliminaires, auxquelles il a eu recours plusieurs fois, mais il ne croit pas qu'on puisse tracer à l'avance des règles précises; aussi veut-il qu'on laisse l'indication au tact du chirurgien. Or, il me semble que la science abdique ou fait aveu d'impuissance lorsqu'elle renonce à donner des préceptes et abandonne à l'inspiration pure le praticien et surtout celui qui débute. Le tact chirurgical n'est pas inné, il est la résultante de l'expérience et de l'érudition, il se forme par la comparaison des faits connus, comptés et pesés. C'est précisément pour que la Société de chirurgie pose des règles que j'ai porté la discussion devant elle, et ce but ne me paraît pas impossible à atteindre. Il est évident déjà que la ligature préliminaire ne doit plus être employée dans les cas simples où l'extirpation des tumeurs promet d'être aisée d'après la nature du mal, son étendue limitée, le perfectionnement des procédés opératoires, etc. Alors on peut dire à l'avance que ce prélude inutile doit être proscrit. Dans des cas plus compliqués, il est difficile, il est vrai, de recommander formellement la ligature préalable, puisque des chirurgiens habiles ont pu triompher sans elle des obstacles les plus redoutables; mais il est au moins possible et même nécessaire de faire connaître à celui qui voudrait y recourir la série des avantages et des inconvénients qu'elle entraîne à sa suite. Il y trouvera suffisamment matière à exercer son jugement et sa sagacité.

Les faits doivent toujours être indiqués, et j'en donnerai un nouvel exemple. M. Chassaignac recommande, comme mesure de précaution, de découvrir la carotide primitive et d'y placer une ligature d'attente. Ce prologue, qui semble à la fois prudent et tout à fait innocent, a été plusieurs fois déjà mis en pratique, et il compte autant de revers que la ligature définitive, car la dénudation de la carotide est en elle-même une opération qui ne manque pas de gravité et qui ne présente, par rapport à la plaie d'extirpation, aucun des avantages que j'accorde à la ligature complète.

La manière d'agir préconisée par M. Chassaignac n'est donc pas encore jugée.

La ligature de la carotide primitive est tellement indiquée dans certains cas, qu'elle a été conseillée, comme M. Richard vous l'a appris, par M. Denonvilliers, opérateur fort habile et qui n'a certes pas peur du sang. J'ai pu m'en convaincre alors que j'avais l'honneur d'être son interne. Un jour il extirpa une volumineuse tumeur de la parotide ; à la fin de l'opération, la carotide externe fut ouverte et le sang inonda subitement les assistants. J'appliquai sur-le-champ le doigt sur le tronc de la carotide primitive et la comprimai avec succès à travers les téguments du cou. La tumeur, de la nature des adénomes, avait pu être détachée dans presque toute son étendue à l'aide du doigt seul. La perte totale du sang fut minime. Le vaisseau divisé fut lié, et l'incident n'eut pas d'autres suites.

M. Richard a donc lié préventivement la carotide et enlevé à son aise la tumeur ; il n'est survenu aucun accident imputable à l'opération préliminaire. L'opéré a succombé au cinquième jour, mais ce fait n'en doit pas moins être compté parmi ceux où la ligature a rendu service sans causer de dommages.

Je répondrai enfin à M. Richet, qui se montre nettement opposé à la thèse que j'expose. Il me semble toutefois que notre désaccord est moins grand qu'on ne pourrait le croire. Notre collègue pense que la ligature ne doit pas être érigée en principe pour les cas ordinaires, et je partage entièrement cet avis. J'ai, pour ma part, pratiqué plusieurs extirpations de tumeur du cou et plusieurs résections de la face, et je n'ai pas même songé à étreindre d'avance la carotide. Ce n'est, ajoute M. Richet, que dans des cas exceptionnels qu'on pourrait y songer. Parmi ces cas, notre collègue compte l'ablation du cancer parotidien ; alors, suivant lui, la ligature préalable est admissible. Or, je me suis trouvé précisément en présence d'un de ces cas exceptionnels, et si M. Richet m'avait assisté, il aurait sans doute approuvé ma conduite. (A la vérité, il nous dit, entre parenthèses, qu'il n'opère plus les cancers parotidiens, ce qui le dispensera, à coup sûr, de l'opération pré-

liminaire en question ; mais c'est là un point de vue tout à fait différent ; d'ailleurs, les détails de mon observation sont là pour montrer si, oui ou non, j'ai bien fait d'agir.)

M. Richet nous rappelle que dès 1828 l'opposition contre la ligature préalable s'est manifestée, et cela à l'Académie de médecine, à propos d'un fait communiqué par Fouilloy. Larrey père, dans son rapport, jugea la précaution superflue, ce à quoi Lisfranc ajouta dans la séance suivante qu'on ne devait jamais y avoir recours quand on opérait sur les parties molles, mais qu'elle pouvait être très-utile dans les opérations pratiquées sur les os. S'il faisait allusion aux résections des maxillaires, on serait presque en droit de renverser sa proposition, car l'ablation des mâchoires est de nos jours le cas qui nécessite le moins peut-être la ligature en question. D'où il résulte qu'il ne faut pas trop tenir compte des jugements antérieurs dans des questions de ce genre.

Au reste, la réaction contre les ligatures préalables s'est produite déjà bien des fois : à trois reprises, dans le sein même de la Société, elles ont été condamnées ; mais dans toutes ces controverses, on a procédé, suivant moi, d'une manière défectueuse en produisant sans cesse des arguments parallèles qui ne se correspondent pas.

Chaque fois, en effet, qu'un chirurgien, en présence d'un cas insolite, a cru prudent d'étreindre un vaisseau important, on lui a opposé les cas vulgaires où ce prologue était inutile. Moi-même, je communique un nouveau fait, et j'expose les motifs de ma conduite. On me répond non pas en critiquant ces motifs, mais en me citant des circonstances non comparables où on a suivi les errements classiques, que tout le premier j'adopte entièrement. On pourra discuter encore longtemps de cette façon sans faire faire un pas au problème.

M. Richet est effrayé des accidents primitifs et consécutifs qui suivent la ligature de la carotide primitive, et il trace de cette opération un tableau peut-être un peu trop sombre. Son exécution est difficile, longue, périlleuse ; on peut blesser la veine jugulaire, les nerfs pneumo-gastrique, grand sympathique, etc. Tout cela est vrai, mais il n'est pas juste de faire peser sur une opération les fautes commises par les opérateurs, et si je conseillais la ligature en question, ce serait à la condition qu'elle fût bien faite autant que possible ; si une grave faute opératoire est malheureusement commise, c'est à son auteur que revient la responsabilité des conséquences fatales qu'elle peut avoir.

On parle ensuite des morts rapides, des accidents cérébraux, des hémorrhagies consécutives ; mais à la suite des grandes extirpations de tumeurs pratiquées à l'ordinaire, ne voit-on pas survenir aussi ces

morts promptes par épuisement, ces hémorrhagies consécutives, ces phénomènes d'épuisement ou d'intoxication par le sang perdu ou avalé? Ne serais-je pas en droit d'invoquer ces ablations incomplètes, précipitées, qu'il faut terminer à la hâte, à tout prix, pour sauver le malade d'une mort immédiate? Enfin, ne faut-il tenir aucun compte de l'influence si favorable exercée sur les plaies par l'obstacle à l'abord du sang, influence déjà signalée par Stedeman, et qui m'a tant frappé moi-même.

M. Richet rejette jusqu'à la ligature préliminaire de la carotide externe; il pense que dans la plupart des cas les artères linguale et thyroïdienne supérieure resteront au-dessous du lien, ce qui frappera de stérilité l'entreprise. Mais je ferai remarquer à notre collègue que cette objection est facile à détourner. La ligature préalable n'est guère indiquée que dans les cas où l'on redoute l'ouverture des branches collatérales supérieures ou terminales de cette carotide externe; je note surtout la maxillaire interne, la temporale, les auriculaires, etc. Or, s'il en est ainsi, peu importe que les deux branches collatérales inférieures conservent leur perméabilité !

Je terminerai ma réponse par une dernière réflexion.

Pour résoudre le problème que j'ai posé, c'est-à-dire l'opportunité des ligatures préliminaires, il conviendrait peut-être de rassembler exclusivement les cas où elles ont été pratiquées, de les soumettre à un examen sérieux, de les juger enfin dans l'espèce plutôt que de leur opposer en masse et *a priori* tous les accidents constatés à la suite des ligatures en général et sans distinction des circonstances qui les ont nécessitées.

COMMUNICATION.

M. BROCA fait la communication suivante :

Anévrysme artério-veineux du pli du coude. — Énorme dilatation consécutive des artères humérale, axillaire et sous-clavière. — Rupture du sac. — Amputation. — Nouveau procédé hémostatique. — Mort. — Description de la pièce anatomique.

Je fus consulté le 7 août dernier pour un malade âgé de soixante-trois ans, qui, seize ans auparavant, avait eu l'artère humérale droite blessée dans une saignée malheureuse. Pendant longues années, il n'y eut pas d'accidents sérieux; le membre était lourd, peu utile, mais il n'y avait rien de menaçant.

Dans ces dernières années, les choses prirent une tournure plus grave; la tumeur anévrysmale fit de grands progrès. En même temps l'artère et les veines superficielles du membre se dilatèrent à un de-

gré extraordinaire. Enfin, un nouvel anévrysme tout à fait distinct de l'anévrysme artério-veineux du pli du coude, se développa sur l'artère humérale, à la partie moyenne du bras. Cet état s'aggravant toujours, il est probable que la poche anévrysmale du pli du coude aurait fini par se rompre spontanément. Cet accident, toutefois, aurait pu se faire attendre longtemps encore. Mais il y a deux mois, le malade, dans une chute, se fit une forte contusion sur sa tumeur. M. le docteur Despaulx, pour prévenir l'inflammation et la rupture du sac, eut recours à la réfrigération sous forme d'irrigation continue. Il y joignit une compression méthodique très-modérée, exécutée au moyen d'un bandage roulé. Tout alla assez bien pendant les premiers jours ; mais bientôt parut sur la partie culminante de la tumeur, en un point où la peau était excessivement amincie, une petite tache jaunâtre que M. Despaulx considéra comme une eschare. Ce fut alors que je fus consulté sur ce qu'il y aurait à faire dans le cas où le sac se romprait à la chute de l'eschare. Il me parut que la seule ressource, le cas échéant, était l'amputation du bras. M. Nélaton, qui fut consulté à la même époque, émit un avis semblable, avec cette seule différence qu'il proposait de recourir à la désarticulation de l'épaule. Il y avait en effet au milieu du bras, sur le trajet de l'artère humérale, un anévrysme artériel gros comme un œuf de poule, qui devait nécessairement être atteint par l'amputation du bras ; et c'était sans doute cette complication qui avait porté M. Nélaton à donner la préférence à la désarticulation de l'épaule.

Je revis le malade le 21 août avec M. Despaulx. Rien n'était changé dans la tumeur ; mais il était survenu une pleuro-pneumonie du côté droit ; il avait fallu par conséquent renoncer aux réfrigérants. Un vésicatoire fut appliqué sur la base de la poitrine, et il fut convenu qu'on se bornerait à exercer sur le membre malade une compression méthodique très-modérée. L'état de la poitrine s'améliora assez les jours suivants pour que le malade fût autorisé à se lever.

Le 10 septembre, je fus de nouveau appelé en consultation par M. le docteur Baret, qui donnait des soins au malade en l'absence de M. Despaulx. Je trouvai le malade tout habillé et assis dans un fauteuil. On me dit d'abord qu'il n'était survenu rien de nouveau depuis ma dernière visite. L'eschare, examinée trois jours auparavant, était toujours dans l'état où je l'avais vue précédemment. Nous procédâmes alors à l'examen du membre. Au moment où la bande fut déroulée, nous vîmes sourdre une gouttelette de pus qui soulevait un petit coin de l'eschare. Le malade s'écria aussitôt : Je suis mort ! Nous cherchâmes à le rassurer. Mais bientôt parut un tout petit filet de sang, qui en quelques secondes devint un véritable jet. M. Baret

appliqua aussitôt le doigt sur l'ouverture. Il fallait prendre immédiatement un parti. Quoique ayant rejeté l'idée de la méthode d'Anel dans les consultations précédentes, je me vis contraint d'y avoir recours, et je me disposai à lier l'artère axillaire. Mais le malade était vêtu. Pendant que j'enlevais ses vêtements et que je préparais mon fil à ligature, la rupture s'accroissait rapidement. Malgré la compression, faite d'abord avec un doigt, puis avec deux, le sang s'échappait en abondance. Il n'y avait pas une demi-minute à perdre. Avec une bande pliée en quatre et un bâton de chaise, j'improvisai un garrot (le garrot dit de Morel) que j'appliquai incontinent au tiers inférieur du bras. Le sang alors cessa de couler, et nous pûmes réfléchir sur ce qu'il y avait à faire.

Le sac, avant l'accident que je viens d'indiquer, avait un volume considérable ; le souffle s'entendait depuis le bout des doigts jusqu'à l'épaule, et le *thrill* était perçu dans la moitié de cette étendue. Les veines superficielles de l'avant-bras et du bras étaient animées de battements assez forts. Aucune compression, si énergique qu'elle fût, au bras ou à l'aisselle, soit avec un ou plusieurs doigts, soit même avec les deux mains, ne pouvait arrêter ni même diminuer d'une manière notable les battements de la tumeur. L'artère axillaire et l'artère humérale étaient tellement dilatées qu'elles échappaient par là à la compression. La dilatation du système artériel remontait jusqu'au niveau du tronc brachio-céphalique, car l'artère carotide primitive droite était beaucoup plus volumineuse que la gauche.

J'avais rejeté la méthode d'Anel, parce que lorsqu'on l'a appliquée dans des cas même moins graves que celui-là, on a vu le membre se gangrener au-dessous de la ligature, fait dont l'explication est encore incertaine, mais dont la réalité est parfaitement établie. Il y avait d'ailleurs une complication qui ne laissait aucun espoir de conserver le membre. C'était la dilatation prodigieuse de l'artère humérale, dilatation qui, au milieu du bras, avait donné lieu à un gros anévrysme fusiforme.

Nous prîmes rendez-vous pour le lendemain matin pour pratiquer l'amputation du bras, seule ressource possible après l'application du garrot.

L'amputation fut faite à la partie moyenne du bras par la méthode circulaire. Mais comme il était impossible de comprimer exactement l'artère à la partie supérieure du membre, je me décidai à pratiquer avant tout la ligature de l'axillaire à la partie inférieure de l'aisselle. Je m'attendais à trouver cette artère très-grosse ; mais son volume dépassait toutes mes prévisions. Elle était plus grosse que l'aorte, et ses parois étaient très-amincies. Il était clair qu'elle aurait à peine

résisté quelques jours à l'action de la ligature. Pour conjurer l'hémorrhagie consécutive, qui me paraissait certaine si je me bornais à appliquer un lien sur l'artère, je m'étais muni d'une seringue de Pravaz, me proposant de produire au-dessus de la ligature un caillot chimique long de 3 centimètres, et d'opposer ainsi une double barrière à l'hémorrhagie, en attendant qu'un caillot fibrineux définitif eût le temps de se former au-dessus du caillot chimique.

Je pratiquai donc une incision dans l'aisselle, et je mis l'artère axillaire à découvert dans une étendue de 3 centimètres environ. Je passai un fil double sous la partie inférieure de l'artère, et je le liai solidement. Puis je ponctionnai l'artère immédiatement au-dessus de la ligature avec le trocart do Pravaz, et appliquant mon doigt transversalement sur le vaisseau à 3 centimètres plus haut, je poussai avec la seringue de Pravaz 15 gouttes de perchlorure de fer. On sait que la coagulation du sang au contact du perchlorure commence au bout de 30 secondes ; mais nous attendîmes vainement pendant dix minutes, aucun caillot ne se produisit. Il était clair que la compression supérieure était insuffisante, et que le sang, allant et venant sous mon doigt par une sorte de remous, entraînait le caillot chimique à mesure qu'il se formait. Je me décidai alors à comprimer l'artère d'une manièro plus efficace ; je passai sous ce vaisseau, à 3 centimètres au-dessus de la ligature, un fil triple quo je fis soulever, et mon doigt comprimant exactement l'artère sur la saillie de ce fil, une nouvelle injection de 20 gouttes de perchlorure fut poussée par la canule. Cette fois la coagulation fut prompte. Au bout de quelques minutes, tout l'espace compris entre les deux fils était occupé par un bouchon très-ferme, plus gros que le pouce. Pour plus de sûreté, le fil triple de la ligature supérieure fut lié par un nœud à rosette sur un petit rouleau de sparadrap. Pour ne plus y revenir, je dirai que cette ligature provisoire fut dénouée le lendemain matin, sans aucun accident.

L'artère axillaire une fois oblitérée, je procédai aussitôt à l'amputation circulaire du bras à sa partie moyenne. Une masse énorme de sang contenu dans les vaisseaux dilatés du membre s'écoula aussitôt ; mais les artères du moignon ne saignèrent pas, à l'exception d'une petite artériole contenue dans le canal médullaire. Une compression de quelques minutes suffit pour fermer ce petit vaisseau. Quant aux artères des parties molles, je les cherchai et les liai avec le plus grand soin, pour me mettre en garde contre l'hémorrhagie secondaire.

J'avais pratiqué mon amputation sur la partie moyenne du bras. A ce niveau, comme je l'ai déjà dit, existait un anévrysme artériel fusiforme du volume d'un œuf de poule. Cette poche anévrysmale ne

pouvant rester dans le moignon, je l'énucléai aisément, et je l'enlevai d'un coup de ciseaux. La plaie de l'amputation fut réunie par des bandelettes agglutinatives.

L'opération avait été pratiquée à l'aide du chloroforme. Le malade dormit paisiblement, ne sentit rien, et se réveilla sans aucun accident; mais il était en proie à un découragement profond. Dès le lendemain commença à se manifester un ictère qui fit des progrès les jours suivants. J'attribuai cet accident à la terreur excessive que le malade avait éprouvée au moment de la rupture de son anévrysme. Mes confrères se demandèrent toutefois si cet ictère n'était pas la conséquence d'une infection purulente. Mais je dois dire que le malade n'avait éprouvé aucun frisson.

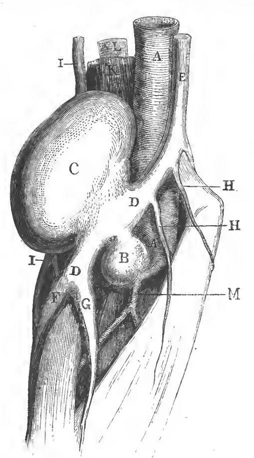
Au bout de deux jours, je m'aperçus que le moignon était froid. Une phlyctène remplie de sérosité sanguinolente parut sur la paroi thoracique, à peu de distance de la plaie de l'aisselle. Le lendemain, tout le moignon était gangrené jusqu'à l'épaule, et la gangrène de la paroi thoracique s'étendait jusqu'à 6 centimètres de l'aisselle. Le malade succomba quatre jours après l'opération.

L'hémorrhagie, que nous redoutions avant tout, ne s'était pas produite. Le caillot chimique formé au-dessus de la ligature de l'axillaire aurait-il résisté jusqu'à la fin? C'est ce que je ne puis savoir. Il ne m'a même pas été possible de constater l'état de ce caillot, car la famille du malade n'a pas voulu m'autoriser à pratiquer l'autopsie. J'aurais tenu surtout à examiner les branches collatérales de l'axillaire. Je pense, en effet, que la gangrène a été la conséquence de l'oblitération de ces vaisseaux, oblitération produite sans doute par les caillots résultant de la première injection de perchlorure. Je suppose que le perchlorure, entraîné par le flux et le reflux du sang dans une artère qui n'était pas suffisamment comprimée, a formé dans la partie supérieure de ce vaisseau des caillots qui, montant et descendant dans l'artère, auront été poussés dans les collatérales et y auront formé des embolies. Cet accident n'aurait pas eu lieu si la première injection avait été pratiquée avec autant de précision que la seconde. Je me reproche de n'avoir pas, du premier coup, emprisonné entre deux ligatures la colonne de sang que je voulais coaguler. Mais pouvais-je supposer que la compression exercée avec le doigt sur une artère à nu ne suffirait pas à immobiliser le sang?

Quoi qu'il en soit, et malgré l'accident qui a été la conséquence d'une application défectueuse, je pense que dans des cas semblables, si l'on était obligé de lier des artères aussi volumineuses et aussi altérées, l'idée que j'ai mise à exécution, et qui consiste à protéger la ligature au moyen d'un caillot chimique, je pense, dis-je, que cette

idée pourrait recevoir d'utiles applications. L'expérience a prouvé, en effet, que dans de pareilles conditions l'hémorrhagie consécutive est inévitable. Il est donc nécessaire de recourir à un moyen hémostatique plus efficace que la ligature.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société le membre que j'ai amputé. Cette pièce sera déposée dans le Musée Dupuytren.



EXPLICATION DE LA FIGURE. — A A, le tronc de l'artère humérale au-dessus de la communication artério-veineuse ; B, l'anévrysme artério-

veineux intermédiaire ou sous-aponévrotique; C, l'anévrysme veineux superficiel; D D, la veine médiane basilique, supportant l'anévrysme superficiel, et communiquant avec l'anévrysme profond; E, la veine basilique; F, la veine radiale; G, la veine médiane commune; H H, veines cubitales non dilatées, s'ouvrant dans la veine basilique; I, I, la veine céphalique; K, le muscle biceps; L, le corps de l'humérus; M, le tronc de l'artère humérale reprenant son calibre normal immédiatement au-dessous de l'ouverture artério-veineuse.

Description du membre amputé. — Je décrirai d'abord la tumeur anévrysmale du pli du coude, puis je parlerai successivement de l'état du système veineux et de celui du système artériel.

La tumeur anévrysmale du pli du coude se compose de deux poches distinctes : l'une sous-cutanée très-volumineuse, l'autre sous-aponévrotique beaucoup plus petite.

La tumeur sous-aponévrotique B appartient à la variété qu'on désigne sous le nom d'*anévrysme variqueux intermédiaire*. Elle communique par deux ouvertures étroites : d'une part, avec l'artère humérale A; d'une autre part, avec la veine médiane basilique D D. Elle est constituée par la dilatation d'un trajet accidentel qui s'étend de la paroi superficielle de l'artère à la paroi profonde de la veine. Elle est globuleuse; son diamètre transversal est de 20 millimètres; sa longueur, mesurée par la distance qui sépare l'ouverture artérielle de l'ouverture veineuse, est de 25 millimètres.

La tumeur superficielle ou sous-cutanée C est beaucoup plus volumineuse. Elle a 9 centimètres dans sa plus grande longueur sur 53 millimètres de large. Elle est située sur le trajet de la veine médiane basilique, vis-à-vis l'ouverture de la tumeur sous-aponévrotique, et se continue exclusivement avec la paroi superficielle de cette veine. Elle a la forme d'un sac elliptique, et communique très-largement avec la veine qu'elle recouvre; toutefois la communication n'a lieu que sur une étendue de 5 centimètres, et la démarcation entre la tumeur sanguine et le vaisseau est parfaitement nette, comme cela s'observe dans les anévrysmes sacciformes. Il est permis de croire par conséquent que cette poche sous-cutanée s'est faite aux dépens de la cicatrice de la paroi superficielle de la veine, comme dans la variété décrite par Auguste Bérard. Il est difficile d'admettre qu'il en soit autrement; car, lorsque l'anévrysme artério-veineux est dû à la dilatation pure et simple de la veine, il n'est pas sacciforme, mais fusiforme, et se termine insensiblement en haut et en bas en se continuant à ses deux extrémités avec la cavité du vaisseau.

Il s'agit donc ici d'une variété d'anévrysme constituée par la réu-

nion des deux variétés connues sous les noms d'*anévrysme artério-veineux intermédiaire* et d'*anévrysme d'Auguste Bérard*. Au moment de la saignée, la lancette a traversé la veine médiane basilique d'outre en outre et pénétré dans l'artère. Elle a donc fait trois ouvertures, deux sur la veine, une sur l'artère. L'anévrysme intermédiaire s'est formé entre l'ouverture artérielle et l'ouverture profonde de la veine. En même temps, l'ouverture superficielle de la veine est devenue le point de départ de l'anévrysme sous-cutané. On peut se demander si cet anévrysme sous-cutané s'est formé immédiatement comme se forment les anévrysmes faux, qui, d'abord diffus, s'enkystent ultérieurement; ou si, la plaie de la veine s'étant d'abord refermée, la cicatrice, avant d'avoir acquis une solidité suffisante, n'aurait pas cédé peu à peu sous la pression du sang artériel, versé dans la veine par l'anévrysme intermédiaire.

Quoi qu'il en soit, cette variété d'anévrysme diffère de celles qui ont été décrites jusqu'ici. Celle qui lui ressemble le plus est la variété que j'ai désignée sous le nom d'*anévrysme de Park*. (Voyez mon *Traité des anévrysmes*, p. 32, fig. 9.) Dans le cas observé par le chirurgien de Liverpool, comme dans le mien, il y avait deux poches anévrysmales, l'une superficielle, l'autre profonde, communiquant ensemble à travers une perforation de l'aponévrose anti-brachiale. La poche superficielle était constituée par la dilatation pure et simple de la veine médiane basilique ; la poche profonde reposait sur l'artère et communiquait avec elle ; mais Park pensa qu'elle communiquait en outre avec l'une des veines humérales profondes, ou plutôt qu'elle était formée par la dilatation de cette veine. En d'autres termes, l'anévrysme de Park est constitué par la coexistence de la varice anévrysmale superficielle (veine médiane basilique) et de la varice anévrysmale profonde (veine humérale). Il est la conséquence d'un coup de lancette qui traverse successivement, d'outre en outre, la médiane basilique, puis l'une des veines humérales, et qui pénètre enfin dans l'artère humérale. Chez mon malade, au contraire, la médiane basilique est la seule veine qui ait été lésée, et la poche profonde n'est autre chose qu'un anévrysme variqueux intermédiaire.

Il serait possible au surplus que la variété que Park a observée fût en réalité la même que celle que je décris. Park n'a pas disséqué la pièce anatomique ; sa description repose sur l'observation qu'il a faite pendant une opération pratiquée suivant la méthode de l'ouverture du sac. Le dessin qu'il a communiqué à John Bell, et que j'ai fait reproduire, est un dessin schématique, et j'ai eu soin, en publiant sa description, d'ajouter que son interprétation, quoique fort probable, pouvait cependant être erronée, parce qu'il est impossible, dans une

opération faite sur le vivant, de constater rigoureusement la disposition des parties.

Les veines superficielles de l'avant-bras et du bras sont très-dilatées, surtout au voisinage du coude, et leurs parois sont épaissies en proportion. Mais le volume de ces vaisseaux est bien moindre sur la pièce qu'il ne l'était sur le vivant. Leurs parois se sont considérablement rétractées. Ainsi la veine céphalique, examinée au tiers inférieur du bras, offrait avant l'opération le volume du doigt ; on ne pouvait s'y méprendre, car cette veine, située sous la peau et animée de battements assez forts, était très-facile à observer. Sur la pièce anatomique, elle n'a plus, au niveau de l'amputation, que 9 millimètres de diamètre ; elle est donc réduite au moins d'un tiers.

Malgré ce retrait général des veines, qui, n'étant plus soumises à la pression du sang artériel, sont aussitôt revenues sur elles-mêmes, la veine médiane basilique présente encore, immédiatement au-dessus de la tumeur, 18 millimètres de diamètre et 21 millimètres au-dessous ; les veines radiales, la céphalique, la médiane commune, sont très-volumineuses également. La veine radiale principale a encore 13 millimètres de diamètre à l'union du tiers supérieur de l'avant-bras avec le tiers moyen. Au-dessous de ce point, le calibre des veines superficielles de l'avant-bras diminue graduellement ; au niveau du poignet, il est à peine supérieur au volume ordinaire, et sur le dos de la main il est tout à fait normal.

Chose remarquable, les veines cubitales superficielles ne sont dilatées dans aucune partie de leur trajet. Elles sont au nombre de deux, et vont s'ouvrir dans la veine médiane basilique, un peu au-dessus de l'épitrochlée, pour donner naissance à la veine basilique. Celle-ci est énorme ; au niveau de l'amputation, elle a 13 millimètres de large. Malgré cette dilatation considérable, les valvules qui existent à l'embouchure des veines cubitales sont restées suffisantes ; et ces veines, où le sang ne pouvait pas refluer, ne se sont pas dilatées.

Les veines profondes de l'avant-bras et du bras n'ont subi aucune dilatation.

Parlons enfin de l'état du système artériel.

On n'a pas oublié qu'il existait à la partie moyenne du bras, sur le trajet de l'artère humérale, un anévrysme *artériel* gros comme un œuf de poule ; l'amputation circulaire a été faite au niveau de cet anévrysme, qui était resté dans le moignon et qui a été extirpé après la séparation du membre. Cette poche anévrysmale a malheureusement été perdue ; mais j'ai constaté bien manifestement, au moment de l'opération, que c'était un anévrysme fusiforme, et qu'il n'y avait absolument aucun caillot dans sa cavité.

Les chairs du bras ont été coupées au-dessous de cet anévrysme fusiforme, et l'artère, à ce niveau, présente un volume presque incroyable. Je me suis d'abord demandé si la section n'avait pas porté sur la partie inférieure de l'anévrysme brachial ; mais en disséquant la pièce, il a fallu reconnaître qu'il n'en était rien. De la surface de la section jusqu'au pli du coude, dans une étendue de plus de 12 centimètres, l'artère est parfaitement cylindrique ; son calibre est uniforme. Le volume énorme de ce vaisseau est donc la conséquence d'une dilatation générale, et non d'une dilatation anévrysmatique.

La paroi de cette artère humérale est extrêmement mince ; elle a à peine un demi-millimètre d'épaisseur ; elle est demi-transparente, flasque, et s'affaisse comme une paroi veineuse ; mais elle est néanmoins assez résistante. Lorsqu'on aplatit complétement le vaisseau, on trouve qu'il a 40 millimètres de large, ce qui donne une circonférence de 80 millimètres. Mais il est clair que cette mensuration ne donne pas une idée suffisante du calibre réel que présentait l'artère lorsqu'elle était distendue par le sang. Pour déterminer exactement ce calibre, j'ai introduit de haut en bas, dans l'ouverture transversale produite par l'amputation, un cône en bois que j'ai enfoncé jusqu'à ce que l'ouverture fût distendue. Puis j'ai mesuré avec un fil la circonférence de ce cône au niveau de la section. J'ai ainsi reconnu que l'artère distendue a 86 millimètres de circonférence. Elle est donc beaucoup plus volumineuse que l'humérus, qui, au même niveau, n'a que 68 millimètres de circonférence.

J'ai déjà dit que le calibre de l'artère humérale reste le même dans toute l'étendue comprise entre le niveau de l'amputation et le point où existe la communication artério-veineuse. Au-dessous de ce point, l'artère se rétrécit brusquement et reprend tout à coup son calibre normal ; en même temps ses parois reprennent leur épaisseur et leur consistance ordinaires. Elle continue son trajet dans une étendue d'environ 15 millimètres, jusqu'au niveau de la tubérosité bicipitale, où elle se bifurque comme d'habitude en donnant une radiale et une cubitale parfaitement normales.

Ainsi, l'existence de la communication artério-veineuse n'a pas eu seulement pour conséquence de produire au niveau de la saignée deux tumeurs anévrysmales, l'une sur la veine médiane basilique, l'autre entre cette veine et l'artère humérale ; elle a produit en outre des dilatations très-étendues et très-considérables sur le système artériel et sur le système veineux du membre.

La dilatation du système veineux est à son maximum au niveau du coude ; de là elle se prolonge sur les veines superficielles du bras et de l'avant-bras. Elle est due à une cause toute mécanique : l'accrois-

sement de la pression de la colonne sanguine dans l'intérieur des veines ; elle ne peut donc donner lieu à aucune difficulté d'interprétation.

Il n'en est pas de même de la dilatation du système artériel, car l'existence de la *phlébartérie* (ou communication artério-veineuse) a pour conséquence de diminuer et non d'accroître la pression de la colonne sanguine. Ce n'est donc pas la distension mécanique qui a fait dilater le vaisseau ; cette dilatation doit être attribuée à une cause vitale, ainsi que j'ai eu l'occasion de le dire ailleurs. Il est digne de remarque que l'artère humérale, excessivement dilatée au-dessus de la phlébartérie, reprend tout à coup son calibre normal immédiatement au-dessous.

La dilatation artérielle qui se produit au-dessus des anévrysmes artério-veineux est connue depuis longtemps, mais je ne connais aucun cas où elle ait été aussi considérable que chez mon malade. L'artère axillaire que j'ai liée avant de faire l'amputation est probablement la plus grosse artère qu'on ait jamais liée chez l'homme, car elle était bien plus volumineuse que l'aorte abdominale. Ce qu'il y avait de plus fâcheux, c'est que la dilatation remontait certainement jusque sur le tronc brachio-céphalique inclusivement, car l'artère carotide primitive correspondante était bien plus grosse que celle du côté gauche. La dilatation de ce vaisseau serait tout à fait inexplicable, si elle n'était la conséquence de la dilatation préalable du tronc brachio-céphalique.

Un mot enfin sur l'anévrysme fusiforme qui s'est développé au milieu du bras, sur l'artère humérale, et qui avait acquis le volume d'un œuf de poule. La formation de cette poche a été la suite de l'amincissement des parois de l'artère. Je crois me souvenir d'avoir lu une observation analogue, relative à un anévrysme artériel qui s'était formé au-dessus d'un anévrysme artério-veineux du membre inférieur, mais j'ai vainement parcouru mes notes sans pouvoir retrouver cette observation. En tout cas, cette complication peut être considérée comme extrêmement rare.

L'un des secrétaires, U. Trélat.

MANOEUVRE POUR PRATIQUER L'URÉTHROTOMIE
d'avant en arrière.

(Uréthrotome présenté par M. Voillemier à la Société de chirurgie, séance du 19 août 1863).

On commence par introduire dans l'urèthre la bougie A. Le rétrécissement franchi, on visse sur son bout A′ l'extrémité C du cathéter B. La bougie servant de conducteur, on fait pénétrer facilement le cathéter dans la vessie.

Cela fait, on tire le bouton L, de manière que l'uréthrotome proprement dit glisse dans la gouttière de la pièce E et vienne abriter sa lame M contre la plaque G. La lame et la plaque, ayant subi un léger mouvement de torsion, s'appliquent exactement l'une contre l'autre; et leurs petits onglets, placés l'un en face de l'autre, ne forment plus qu'un seul onglet saillant de chaque côté. C'est cet onglet qu'on introduit dans la gouttière du cathéter B qui sert de conducteur à la pièce E, qu'on pousse jusque sur le rétrécissement. Dans ce temps de l'opération, la lame ne peut blesser le canal, car elle est collée contre la plaque non coupante, qu'elle ne peut dépasser en arrière.

De la main gauche, placée en demi-pronation, le chirurgien a pris la verge au-dessous du gland, entre l'annulaire et le médius, et l'a étendue sur le cathéter B. Avec l'index et le pouce, il a saisi l'extrémité D du cathéter et la pièce E, de façon que les deux canules emboîtées n'en forment pour ainsi dire qu'une seule. Les parties étant ainsi fixées, avec sa main droite placée en supination, il prend entre le médius et l'annulaire la rondelle F pour avoir un point d'appui, et avec le pouce, appuyé sur le bouton L, il pousse l'uréthrotome dans la longueur d'un centimètre environ.

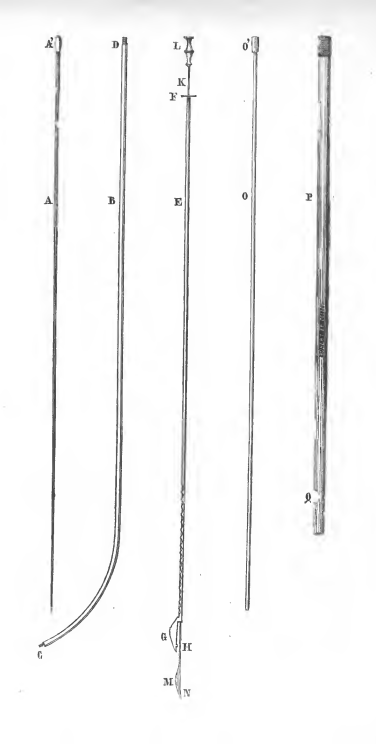
Après ce temps de l'opération, avec sa main droite devenue libre, il ramène la lame de l'uréthrotome contre la plaque protectrice. Si le rétrécissement a été entièrement coupé, la pièce E peut parcourir librement le canal. Dans le cas contraire, on répète la manœuvre qui vient d'être décrite, en poussant plus profondément dans l'urèthre la lame de l'uréthrotome. Si, au contraire, le rétrécissement est coupé dans toute sa longueur, on retire entièrement l'uréthrotome, en laissant en place le cathéter. Alors on visse sur l'extrémité D du cathéter le stylet O, qui sert de conducteur, pour pousser jusque dans la vessie la sonde P ouverte par les deux bouts. Le bout de la sonde qui doit être dans la vessie est celui qui porte une ouverture latérale A.

On a imaginé un si grand nombre d'uréthrotomes, qu'il serait difficile d'en trouver aujourd'hui un complétement nouveau. Ils se ressemblent tous par quelques points et diffèrent entre eux par quelques autres. Il en est de même pour cet uréthrotome. Il présente des points de ressemblance avec plusieurs instruments de ce genre déjà connus, mais il en diffère dans ses parties essentielles.

Ainsi, il est muni d'une bougie conductrice que l'on retrouve, mais plus courte, sur les instruments de Ducamp, de Reybard et autres. Leroy d'Etiolles, MM. Ricord, Maisonneuve, Sédillot, ont avec raison préféré une bougie plus longue. On a dit que cette bougie pouvait se pelotonner au-devant du rétrécissement et être coupée par l'uréthrotome ; mais c'est une erreur. Si elle se pelotonnait, ce qui peut arriver dans le cas de rétrécissement très-étroit, on ne pourrait, à plus forte raison, introduire le cathéter dans la vessie, et on ne continuerait pas l'opération.

Le cathéter cannelé, sorte de canule ouverte suivant la longueur, se retrouve dans presque tous les uréthrotomes. Celui-ci, étant en fer, a l'avantage de pouvoir être très-mince tout en restant très-solide. C'est le cathéter de M. Maisonneuve, moins l'anneau de la partie supérieure, qui est inutile et aurait gêné l'introduction de la sonde de gomme.

Sur tous les uréthrotomes, excepté sur celui de M. Maisonneuve, la lame se trouve protégée par une gaîne ou une simple plaque. Mais il existe ici plusieurs dispositions particulières : bien que cet uréthrotome soit destiné à couper les rétrécissements d'avant en arrière, sa lame, en forme de dos d'âne, coupe par tous les points de son arête, en allant et en revenant, afin de produire une section plus complète. La plaque qui protége la lame a la même forme qu'elle. Elle a une certaine épaisseur, et ses bords sont très-mousses pour prévenir toute lésion de la muqueuse. Sur la plupart des uréthrotomes, cette plaque se termine brusquement, afin, dit-on, qu'elle s'arrête mieux au-devant de l'obstacle ; mais avec cette disposition, on refoule contre le rétrécissement des plis de muqueuse que la lame divise forcément en sortant de la gaîne. La terminaison douce de la plaque qui protége la lame prévient cet inconvénient. Qu'importe si elle entre un peu dans l'orifice du rétrécissement ? L'étroitesse du rétrécissement, la largeur de la plaque s'opposent à ce qu'on dépasse l'obstacle et à ce que le rétrécissement échappe à l'action de la lame. Il faut encore noter une disposition ingénieuse due à MM. Robert et Collin, qui ont fabriqué l'instrument : c'est une sorte de torsion en sens inverse appliquée à la lame et à la plaque protectrice, torsion qui fait qu'elles s'appliquent parfaitement et d'elles-mêmes l'une contre l'autre.


A'
D
L
O'
K
F
A
B
E
O
P
Q
G
H
C
M
N

Un autre avantage important de cet uréthrotome, c'est de permettre, quand le rétrécissement a été coupé, d'introduire facilement et sûrement une sonde dans la vessie. Assez souvent il est arrivé, même à des mains habiles, de ne pouvoir passer une sonde dans l'urèthre, bien que le rétrécissement eût été entièrement coupé. Sans doute l'extrémité de la sonde s'arrêtait dans l'angle inférieur de la plaie produite par l'uréthrotome. Mais, quel que fût l'obstacle, cet inconvénient était sérieux, car il laissait la plaie exposée au contact de l'urine quand le malade venait à uriner. En laissant le cathéter en place et en vissant à son extrémité un long stylet rigide, on a un conducteur avec lequel il n'est pas permis à la sonde de s'égarer. Cette manière de conduire une sonde en gomme dans la vessie avait, il y a déjà longtemps, été employée par Amussat pour substituer une sonde souple à une sonde de métal. Appliquée à l'uréthrotomie, elle est d'une grande utilité.

La sonde de gomme doit non-seulement être ouverte par les deux bouts, mais sur l'extrémité qui est dans la vessie il doit y avoir une ou deux ouvertures latérales. Cette disposition est importante. Autrement, quand le malade urine et qu'il a en partie vidé la vessie, le fond de cet organe, en se contractant, vient coiffer l'extrémité de la sonde et la boucher. Cependant le malade continuant ses efforts, parce que la vessie contient encore une certaine quantité de liquide, l'urine file entre la sonde et les parois de l'urèthre et vient souiller la plaie. Quand la sonde a plusieurs yeux, on n'est pas exposé à cet accident.

Séance du 23 septembre 1863.

Présidence de M. Depaul.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Une brochure intitulée : *De l'Algérie au point de vue de l'hygiène,* par M. le docteur Cabrol.

— Le *Traité des maladies des organes génitaux externes de la femme,* par M. A. Guérin.

— Les *Leçons sur l'exploration de l'œil,* par M. Follin.

— Le deuxième fascicule du *Traité des maladies des yeux,* par M. Wecker.

— La lettre suivante de M. le docteur Dupré (de Paris) :

« Monsieur le Président,

» J'ai l'honneur d'adresser une réclamation à la Société de chirurgie, relativement au rapport verbal de M. Giraldès, au sujet d'un bandage herniaire à tige rigide. M. le rapporteur doit savoir qu'antérieurement à ce bandage, j'ai présenté à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie, non pas seulement un bandage, mais de plus l'exposition d'un nouveau système de bandage caractérisé par la rigidité. Le bandage dont parle M. le rapporteur a été jugé par M. Trélat : « La rigidité, a-t-il dit, nuit à l'élasticité ; » moi, par contre, je dis : Dans le mode de combinaison présenté, l'élasticité nuit à la rigidité. L'emprunt a été malheureux.

» Je m'expliquerai plus tard sur cette question, à un autre point de vue. En attendant, que M. le rapporteur me permette d'être surpris et peut-être peiné de son silence. Il me semble que je n'ai rien fait pour blesser ses susceptibilités morales ; je n'ai jamais fait d'annonces à la quatrième page des journaux.

» J'ai l'honneur d'être, etc. »

M. GIRALDÈS. Je dirai d'abord que M. Dupré aurait pu formuler sa réclamation en d'autres termes; ensuite je ferai remarquer que, dans mon rapport, je n'ai voulu établir aucun parallèle avec les autres bandages. Je n'ai point cherché à décider une question de priorité, et si on voulait trouver l'origine des bandages rigides, il faudrait remonter à une époque bien antérieure aux travaux de M. Dupré. Je profiterai de cette occasion pour donner quelques éclaircissements sur un point de mon rapport.

En donnant mon approbation au bandage de M. Fichot, j'ai dit que l'idée de fermer le bandage herniaire par une tige rigide n'était pas nouvelle. En effet, Juville a décrit et fait représenter un bandage dont les deux pelotes sont unies en avant par deux branchettes métalliques qui s'accrochent l'une à l'autre; M. Fichot, tout en poursuivant la même idée, ne l'a pas exécutée de la même façon ; il emploie une branche unique et pleine; de plus, il a adapté cette branche rigide aux bandages simples, ce que n'avait pas fait Juville.

La modification apportée par M. Fichot aux systèmes des bandages rigides consiste dans le mode d'exécution et dans le mode d'application de la branche rigide; cette modification est en même temps nouvelle et heureuse.

M. LARREY présente différents dards de pastenaque, en rappelant

l'intéressante observation communiquée autrefois à la Société par M. Follin, au nom de M. de Closmadeuc (de Vannes) (1).

Il s'agissait d'un jeune soldat qui, dans une pêche au filet, avait été blessé à la partie inférieure de la cuisse gauche par le dard d'une grosse pastenaque, espèce de raie dangereuse et assez commune sur les côtes du Morbihan. Une hémorrhagie primitive abondante et un anévrysme consécutif volumineux de l'artère poplitée avaient été la conséquence de cette blessure. La compression prolongée devenue inutile avait nécessité la ligature de l'artère fémorale, qui fut faite par le procédé de Hunter avec le résultat le plus heureux.

Le dard de la pastenaque, situé parallèlement à l'origine de la queue étroite et longue de ce poisson, se trouve comme superposé à elle et mesure ordinairement de 10 à 20 centimètres depuis son origine jusqu'à son extrémité. Sa texture est cartilagineuse ; sa forme mince, triangluaire et sa pointe fort aiguë ; ses deux côtés sont garnis d'un bout à l'autre de dentelures fines, piquantes, courtes et serrées, dans une direction inverse à celle du dard lui-même, de telle sorte que, par un seul mouvement brusque, énergique, le poisson, en relevant sa queue, frappe de ce dard l'être vivant rapproché de lui et l'enfonce dans les tissus, où quelquefois celui-ci se brise et s'implante plus ou moins profondément.

Uranoplastie à lambeaux latéraux. — M. VERNEUIL. M. Baizeau a écrit de nouveau pour réclamer la priorité du procédé qu'il a mis en usage dans les cas de perforation de la voûte palatine. L'insistance de notre confrère et le caractère officiel qu'il donne à sa revendication, en la portant devant la Société de chirurgie, rendaient indispensables quelques remarques critiques, car notre silence équivaudrait à un acquiescement qui aurait, au point de vue historique, des inconvénients ; on nous accuse trop souvent à l'étranger d'ignorance ou de partialité, pour que nous puissions récuser notre intervention dans un débat de ce genre.

Sans revenir sur la question de la conservation du périoste palatin à la face profonde des lambeaux, conservation qui fait rentrer la palotoplastie, ainsi pratiquée, dans le cadre de l'ostéoplastie et sans trancher le litige entre M. Baizeau, M. Langenbeck et d'autres encore, nous rappellerons que le procédé du premier de ces chirurgiens consiste essentiellement dans la formation de deux lambeaux parallèles au grand axe de la perforation, adhérents par les deux extrémités, et

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, **31 octobre 1860 et 27 février 1861.**

qu'on réunit par leur bord médian, après avoir détaché leur face supérieure de la charpente osseuse du palais.

Réduit à son véritable caractère, ce procédé ne nous paraît pas aussi nouveau que le pense M. Baizeau. Il appartient à la méthode autoplastique désignée depuis longtemps sous le nom de *méthode en pont* et applicable à l'occlusion de plusieurs variétés de fistules et de perforation. J'ajoute qu'avant 1858 il a été connu et appliqué à la voûte palatine. Les résultats obtenus, à la vérité, n'ont pas été brillants jusqu'aux essais renouvelés par M. Baizeau, que nous félicitons sincèrement de ses succès ; mais succès et priorité sont deux choses distinctes, et ce n'est point à coup sûr la réussite qui fait le caractère essentiel et scientifique d'un procédé ou d'une méthode opératoire.

On sait que Dieffenbach variait de mille manières ses procédés autoplastiques et que, dans la cure des perforations en particulier, il faisait grand usage des incisions latérales parallèles à la brèche qu'il voulait combler. Aviver les bords d'un trou, mobiliser les parties molles qui le circonscrivent par des incisions pratiquées à quelque distance et réunir ensuite les lèvres sur la ligne médiane constituent une série de manœuvres qui se rapprochent déjà beaucoup de la méthode autoplastique *du double pont*. Mais, si on ne se contente pas de diviser les parties molles à distance, comme le faisait Celse, et si *on décolle par leur face profonde* les languettes comprises entre la perforation et les incisions libératrices, le procédé à double pont me paraît tout à fait réalisé, quel que soit le nom qu'on donne à l'opération, car il en résulte évidemment deux lambeaux parallèles susceptibles de coaptation médiane et adhérente par leurs deux extrémités. Or, c'est ce que Dieffenbach a proposé très-explicitement ; voici son texte : « On fait sur les deux côtés de la fente palatine, à deux ou » trois lignes de ses bords, une incision de la muqueuse palatine allant » jusqu'aux os. Ces lambeaux muqueux, longitudinaux, sont tout à » fait détachés des bords osseux à l'aide d'une petite rugine ou de » l'extrémité aplatie du manche d'un petit scalpel, et refoulés dans la » perforation. Je passe ensuite un ou plusieurs minces fils de plomb » à travers les bords des lambeaux qui regardent la fissure, et j'en » tords un peu les bouts, puis les coupe. Les bords courts sont en» core détachés davantage des os avec la rugine, enfin on incise en » arrière la muqueuse palatine. Les plaies latérales sont remplies de » charpie lorsque les fils de plomb sont détachés par la suppura» tion. »

C'est en 1834 que Dieffenbach publiait ce procédé (*Chirurgische Erfahrungen*, 3e partie, p. 168). En 1845 (*Die operative Chirurgie*,

1er volume, 449, article *OEffnungen im harten Gaumen*), il y revint : « Si la perforation est plus grande, on pratique des incisions à trois » ou six lignes des bords, on détache la muqueuse des os avec la ru- » gine, et on la maintient au niveau de l'ouverture avec la suture. » Les plaies latérales sont remplies de charpie. »

J'ai cru d'autant plus utile de reproduire textuellement ces passages que M. Baizeau a cité lui-même Dieffenbach, mais que, trompé sans doute par un traducteur infidèle, il a interprété fautivement le texte du chirurgien allemand, comme on pourra s'en assurer en confrontant ce texte original avec le paragraphe que lui consacre notre honorable confrère.

« Dieffenbach, dans son *Traité de médecine opératoire*, t. II, p. 449, propose un procédé qui, au premier abord, pourrait être confondu avec le mien. Il conseille de faire des incisions latérales sur la muqueuse à un centimètre ou un centimètre et demi des bords de la fissure, puis ayant décollé la muqueuse des os, de la ramener sur l'ouverture avec des points de suture. Mais il ne parle pas de détacher le lambeau, et il est évident qu'il le laisse adhérer à la voûte par son côté externe. C'est le procédé de Krimer, avec addition de deux incisions latérales pour faciliter le relâchement des parties qui doivent être réunies. Si Dieffenbach avait séparé entièrement les lambeaux de la voûte, comme je le fais, de façon à avoir une sorte de pont mobile latéralement, il en aurait certainement fait mention et n'aurait pas laissé dans l'ombre le point le plus important de son procédé opératoire. » (Baizeau, *Mémoire sur les perforations et les divisions de la voûte palatine*, Arch. gén. de méd., 5e série, t. XVIII, p. 662, déc. 1862).

J'accorde que la description donnée par Dieffenbach dans son *Traité de médecine opératoire* est très-écourtée; mais celle de 1834 (*Chirurgische Erfahrungen*) est beaucoup plus claire. M. Baizeau reconnaîtra en le lisant :

1° Que par le fait seul des incisions latérales, il est impossible que les lambeaux décollés aient continué à adhérer à la voûte par leur bord externe ;

2° Que la migration des lambeaux est évidente, puisqu'on remplit de charpie les plaies latérales ;

3° Que cette migration de la muqueuse palatine dense et peu extensible, comme on le connaît, eût été impossible sans un décollement complet, et que dès lors il était inutile d'insister sur un point aussi clair ;

4° Que le procédé de Dieffenbach enfin n'a nulle ressemblance

avec celui de Krimer, lequel ne comporte pas l'addition d'incisions latérales.

Pour notre part, en tant que manuel opératoire, nous ne pouvons saisir aucune différence essentielle entre la manière de faire du chirurgien de Berlin et celle de M. Baizeau.

La formation de deux ponts latéraux ramenés vers la ligne médiane pour combler une perforation se retrouve encore dans un procédé publié en 1850, et qui a joui en Allemagne d'une certaine faveur. Je veux parler de l'opération dite méthode de Bühring, dont l'idée avait été très-explicitement formulée par Dieffenbach en 1826, 1834 et 1845 (voir Langenbeck, *Uranoplastik*, p. 20). Bühring incisait d'abord la muqueuse palatine jusqu'aux os parallèlement aux bords de la perforation et à une certaine distance de ces bords; puis, tantôt avec un fort scalpel, tantôt avec un ciseau, il divisait les os eux-mêmes; il formait ainsi deux lambeaux en pont qui renfermaient dans leur épaisseur une lamelle osseuse, et qu'on réunissait ensuite sur la ligne médiane, opération qui, pour le dire en passant, constituait une application anticipée, mais précise, de l'une des deux variétés principales de l'ostéoplastie moderne.

A ces citations tirées des auteurs allemands, je pourrais en ajouter d'autres empruntées aux auteurs anglais, et rappeler entre autres l'opération de M. Field (*Medical Times and Gazette*, 1856, vol. 13, p. 190), dont M. Baizeau ne me paraît pas avoir saisi le sens véritable. Mais je laisse la parole à M. Giraldès, qui se propose de nous parler des essais analogues tentés de l'autre côté du détroit.

Ce qui nous porte à croire que M. Baizeau voudra bien prendre en considération nos remarques critiques, c'est qu'en 1858 il faisait lui-même assez bon marché de sa priorité. A cette époque, il nous disait en effet : « Ce procédé n'étant inscrit dans aucun traité de chirurgie et dans aucune revue périodique, j'aurais pu m'en attribuer l'invention et la priorité d'exécution, mais il m'a été dit que M. Nélaton aurait fait quelque chose d'analogue. » (*Bulletin de la Société de chirurgie,* 1re série, t. VIII, p. 516.)

Au reste, M. Baizeau comprendra bien que la rectification présente n'implique en aucune façon le désir de diminuer son mérite : la vérité est impartiale, et rendre justice à chacun c'est servir la cause de tous ceux qui cultivent la science.

M. GIRALDÈS. Je suis intervenu à mon insu dans la question de priorité soulevée par la réclamation de M. Baizeau. J'ai dit que des chirurgiens anglais réclamaient cette priorité contre M. Langenbeck. Ainsi, en 1860, M. Field a publié une planche qui représente l'opération de Langenbeck et rappelait que Pollock, et en 1853 M. Every,

avaient fait cette opération. Pollock a publié en 1855, dans les *Transact. med. chirurg.* de Londres, un mémoire avec planches, et recommande le décollement du périoste. En Amérique, M. Warren a depuis longtemps parlé des incisions latérales. La réclamation de M. Baizeau tombe donc d'elle-même.

M. LARREY. Je veux fournir un simple renseignement. A l'époque où M. Baizeau fit son opération, M. Langenbeck était à Paris; il se réservait de publier le mémoire qui a paru depuis. Je crois que la modification faite par M. Baizeau consiste dans le lambeau quadrilatère, qui diffère des simples incisions latérales; différence que M. Langenbeck avait reconnue lui-même pendant son séjour à Paris.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce qu'une place de membre titulaire est vacante dans le sein de la Société.

— La Société nomme au scrutin secret les membres de la commission pour le prix Duval. MM. Broca, Marjolin, Verneuil, Blot et Guérin sont nommés membres de cette commission.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Fongus de la dure-mère. — M. LABORIE. J'ai l'honneur de présenter à la Société une pièce qui provient d'un homme vu d'abord par M. Richet, qui n'a pas voulu l'opérer. Ce malade est venu mourir à Vincennes, d'un érysipèle. Il présentait sur le pariétal droit une tumeur qui semblait fluctuante à la fois dans chacune de ses parties et de l'un de ses lobes dans l'autre, ce qui indiquait une communication intra-crânienne.

A l'autopsie, nous avons trouvé un fongus né sur la dure-mère, ayant perforé les os en deux points. Sur le cerveau, on voyait une dépression pouvant loger un œuf de poule. Cette tumeur est formée de substance épithéliale.

Cette tumeur n'a jamais occasionné le moindre trouble dans les fonctions des centres nerveux, et ne présentait aucun battement.

M. LARREY. Il serait important de savoir si c'est bien par la dure-mère ou par les os qu'a débuté la tumeur; et en faisant cette question, je me fonde sur un travail de M. Valette (de Lyon), qui a cherché à démontrer que ces tumeurs naissent toujours des os du crâne.

M. LABORIE. Celle-ci naît bien de la dure-mère.

M. RICHET. Quand j'ai vu lo malade qui portait cette tumeur, je fus embarrassé sur la question du diagnostic. Pourtant, sans rien affirmer, je soupçonnai quelque chose de grave, et je refusai de faire l'opération que le malade réclamait.

M. CHASSAIGNAC. Cette pièce est intéressante en ce que c'est bien une tumeur de la dure-mère, et qu'on a décrit comme telles des tumeurs venant d'ailleurs. Aujourd'hui, on distingue parfaitement les tumeurs de la dure-mère du cancer des os du crâne. Il est curieux que ce fongus n'ait présenté aucun mouvement de soulèvement. M. Lebert a dit que ces tumeurs étaient formées de tissu fibro-plastique; mais on en a trouvé qui étaient constituées par de la matière encéphaloïde. Ce qui forme le groupe de ces tumeurs, c'est leur origine à la dure-mère. Il serait utile de recueillir des faits analogues à celui de M. Laborie pour bien établir la symptomatologie des fongus de la dure-mère.

— M. LABORIE fait voir une autre pièce qui montre les lésions produites sur l'avant-bras par une inflammation péri-tendineuse; des abcès multiples, et en dernier une ulcération de l'artère radiale, ont forcé de pratiquer l'amputation.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 30 *septembre* 1863.

Présidence de M. GUERSANT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine.

— Des lettres de MM. Depaul, Richet, Giraldès, Houel, Verneuil et Foucher, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance. (Renvoi à la commission des congés.)

— M. Larrey offre à la Société les ouvrages suivants : *Le chirurgien opérateur,* de J. Covillard ; Lyon, 1640. — *Elementi di chirurgia,* di Filippo Leonardi, 3 vol.; Rome, 1814. — *Des rétrécissements de l'urèthre;* Lisfranc, thèse d'agrégation, 1824. — *Histoire de la taille latérale suivant la méthode de Cheselden,* etc.; Paris, 1848. — Quelques autres brochures.

M. Dolbeau offre de la part de M. Ed. Meyer, docteur des Facultés de Berlin et de Paris, un travail ayant pour titre : *Du strabisme et spécialement des conditions de succès de la strabotomie.* (Thèses de Paris, 1863.)

La note suivante accompagne cet envoi :

La direction vicieuse du globe oculaire est produite par les causes les plus différentes. En dernier lieu nous en reconnaissons deux principales :

1° Une disproportion entre la longueur moyenne des muscles : strabisme concomitant;

2° Un trouble de l'innervation : strabisme paralytique.

Lo diagnostic différentiel de ces affections est de la plus grande importance pour le traitement.

Quand le strabisme concomitant cesse d'être purement dynamique, l'opération seule peut obvier au raccourcissement constant du muscle.

L'expérience a prouvé que, par la ténotomie, le muscle coupé dans sa continuité perd sa portion antérieure et devient plus court encore; elle ne peut donc servir contre le strabisme produit par le raccourcissement d'un muscle.

L'opération doit conserver au muscle sa longueur primitive et faire reculer seulement son insertion, ayant soin de la détacher le plus près possible de la sclérotique.

Après l'opération, l'œil se tourne d'autant plus du côté de l'antagoniste, que l'insertion du muscle raccourci est reculée.

L'opération peut à volonté produire un effet plus ou moins grand, et doit être adaptée au degré de la déviation ; il est donc important de se rendre compte exactement de ce dernier par la mesure linéaire (strabométrie).

Le résultat de l'opération, qui toujours rend aux yeux la correspondance normale dans la vue en face, est d'autant plus complet que l'œil dévié a conservé sa force visuelle ; il faut donc, jusqu'au moment où l'opération pourra être pratiquée, l'exercer méthodiquement, puisque sans cela la vue de l'œil strabique devient de plus en plus faible jusqu'à un minimum de sensibilité rétinienne.

Le traitement de la paralysie musculaire de l'œil, au début, n'est qu'une conséquence naturelle des causes de la maladie.

La possibilité d'une autre guérison exclue, on peut attaquer le strabisme paralytique par l'opération.

L'opération est différente selon que la paralysie d'un muscle est restée pure ou compliquée du raccourcissement de son antagoniste.

L'opération du muscle atteint porte sur son insertion ; elle approche cette dernière du bord cornéal pour augmenter l'influence des contractions musculaires sur l'œil ; elle affaiblit la force de l'antagoniste par une ténotomie partielle ou complète, et rétablit de cette manière l'équilibre de la synergie musculaire.

M. BOUVIER. J'ai entendu avec d'autant plus d'intérêt les opinions

de M. Meyer sur le mode de réunion du muscle après la ténotomie oculaire, que ce sont celles que M. Lucien Boyer et moi avons autrefois défendues. J'ai eu d'ailleurs une fois l'occasion d'en fournir la preuve par l'autopsie d'un ancien opéré de strabisme. D'autres opinions erronées ont prévalu chez nous ; on a pensé que le mode opératoire pouvait produire des résultats très-différents les uns des autres, et déterminer l'absence de réunion des deux bouts du tendon. Il faut savoir que c'est le fait normal après toute section des muscles droits de l'œil.

COMMUNICATION.

M. LANCERAUX présente des pièces relatives à des altérations syphilitiques des articulations, observées chez une femme de trente-trois ans, et donne lecture d'un travail sur les *arthropathies syphilitiques.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Cullerier, Guérin et Richet.

— La séance est levée à cinq heures.

L'un des secrétaires, U. TRÉLAT.

Séance du 7 octobre 1863.

Présidence de M. DEPAUL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

Une lettre de M. Forget, qui demande un congé de six semaines ;

La lettre suivante de M. le docteur Dupré, de Paris :

« Monsieur le Président,

» Je demande pardon à la Société de chirurgie si je viens encore la fatiguer de ma réclamation.

» Je ne pouvais garder le silence en face de l'assertion de M. Giraldès.

» Le bandage de Juville, que cite M. Giraldès, est un bandage élastique formé par deux ressorts qui sont réunis en avant par une crémaillère. Cette union a pour but de les solidariser entre eux.

» Juville n'a pas fait ni eu l'intention de faire un bandage rigide. Je renvoie M. Giraldès à l'ouvrage de Juville ; il y verra que ce ban-

dagiste professe partout un culte sacré et sans mélange pour l'élasticité.

» Ma réclamation subsiste donc avec toute sa force ; loin d'être infirmée, elle est corroborée par l'exemple cité. En conséquence, je remercie M. Giraldès de sa citation.

» J'ai l'honneur, etc. »

M. GIRALDÈS. Il y a longtemps que l'on a dit : Il n'est pas de pire sourd que celui qui ne veut pas entendre. En citant le bandage de Juville, je n'ai pas voulu le comparer avec celui de M. Dupré. J'ai eu soin d'ajouter que le bandage rigide se trouve décrit dans Blegny, et d'ailleurs on pourrait trouver l'indication des bandages tout à fait durs et rigides bien avant que M. Dupré eût fait le sien. Ce sont même les bandages rigides qui ont été les premiers inventés, et c'est parce qu'on en a vu les inconvénients que l'on a fait des bandages mous, élastiques. Que le principe de la rigidité ait été appliqué d'une façon ou de l'autre, il n'en existait pas moins. C'est donc commettre une grosse erreur que de venir le réclamer.

M. DOLBEAU offre à la Société, de la part de M. Tillaux : 1° une thèse sur l'uréthrotomie ; 2° une thèse sur les conduits excréteurs des glandes lacrymales et sublinguales.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce que MM. Dubreuil (de Bordeaux) et Goyrand (d'Aix), membres correspondants, assistent à la séance.

Taille pratiquée avec l'écraseur linéaire. — M. CHASSAIGNAC. J'ai l'honneur de présenter à la Société un calcul de la vessie, extrait il y a cinq semaines chez un homme de vingt-sept ans. Ce calcul, dont je n'avais pas reconnu tout d'abord le volume, a 17 centimètres de circonférence dans un sens et 15 centimètres dans l'autre. Je veux surtout attirer l'attention de la Société sur la manière dont j'ai pratiqué l'opération de la taille chez ce malade. L'incision, dans cette opération, porte en avant du col vésical ; après avoir introduit un cathéter cannelé volumineux, j'engage l'extrémité du doigt introduit dans le rectum dans la cannelure du cathéter ; puis, en suivant le doigt, je ponctionne par le rectum avec un trocart qui s'engage dans la cannelure du cathéter et revient sortir par le périnée. Ce trocart courbe embrasse le col vésical, la portion prostatique et membraneuse de l'urèthre. Un écraseur, introduit au moyen de la canule du trocart, sert à diviser les tissus. En agissant ainsi, j'évite l'hémorrhagie, qui est l'accident le plus fréquent et le plus à redouter à la suite de l'opération de la taille. Le malade opéré depuis cinq semaines n'a pas eu d'accidents ; déjà il urine par la verge.

M. DOLBEAU. La communication de M. Chassaignac me paraît avoir de l'importance; et, pour ma part, je crois qu'il est utile de discuter la valeur de la taille faite par l'écrasement linéaire. Vous pouvez bien penser qu'il n'entre pas dans mes intentions ni d'approuver ni de condamner l'opération qui a été proposée et exécutée par notre collègue; c'est une question neuve, qui ne peut se juger que par des faits nombreux et bien observés. Je me contenterai donc de demander à M. Chassaignac quelques renseignements, puis je soumettrai à la Société quelques objections dont me paraît passible la taille par écrasement.

L'opération que M. Chassaignac vient d'exécuter il y a déjà plusieurs semaines, paraît devoir se terminer très-heureusement. Cependant, tout n'est pas encore fini, et il me semble que la guérison aura demandé un temps assez long. Le malade conservera-t-il une fistule? C'est ce qu'il serait bon de savoir ultérieurement. Mais pourquoi notre collègue a-t-il songé à imaginer un procédé nouveau de faire la taille? La médecine opératoire me semblait déjà bien riche. Combien de fois M. Chassaignac a-t-il pratiqué son opération; dans quelles conditions a-t-elle été exécutée; quels ont été les résultats primitifs et consécutifs? Voilà un certain nombre de questions que je soumets à notre collègue, et je lui serais reconnaissant de renseigner la Société. J'insiste surtout pour que M. Chassaignac nous dise si les fistules ont été observées à la suite de l'écrasement. Je craindrais que son procédé n'exposât les opérés à ce genre d'inconvénient. Je ne comprends pas l'utilité de la taille par l'écrasement linéaire; mais, devant les faits, je serais le premier à m'incliner. En attendant, voici quelques objections que je crois importantes :

1° L'opération telle que l'exécute M. Chassaignac me paraît assez difficile à pratiquer, et elle complique certainement le manuel de la taille dite recto-vésicale. Remarquez que notre collègue ne ménage pas le sphincter de l'anus, et qu'il sectionne une partie du périnée. C'est en quelque sorte la taille recto-vésicale ou recto-uréthrale sans les perfectionnements que vous connaissez tous. Mais ne considérons que l'opération telle que la propose M. Chassaignac; vous figurez-vous un trocart qu'il faut introduire dans le rectum, avec lequel on doit ponctionner la prostate, puis rencontrer la rainure d'un cathéter, et enfin ressortir au périnée en suivant le conducteur uréthral? Cette manœuvre me semble, à moi, très-compliquée; la ponction de l'urèthre vers la peau, c'est-à-dire le dernier temps de l'opération, me semble pleine d'incertitude; je crains bien qu'on ne blesse ainsi le renflement bulbaire. Je sais bien que les difficultés ne sont pas une

raison suffisante pour rejeter une bonne opération, mais, pour l'instant, c'est une objection à la taille par l'écraseur.

2° Pourquoi faire la section des tissus au moyen de l'écraseur linéaire? Je ne comprends pas l'utilité de ce procédé; il me semble que M. Chassaignac a beaucoup exagéré les dangers de l'hémorrhagie : la blessure des artères n'est pas aussi fréquente qu'il le dit; chacun sait, du reste, que les avantages de la section sur la ligne médiane résident dans l'absence des branches artérielles volumineuses; j'ai pratiqué plusieurs fois la taille médiane; or, je n'ai pas observé l'hémorrhagie.

Pour ma part, je n'admets pas comme démontrée l'innocuité des plaies par écrasement; j'ai observé l'infection purulente à la suite des ablations de tumeurs par l'écrasement linéaire. Par conséquent, si le procédé de M. Chassaignac est sans valeur au point de vue des hémorrhagies, il expose les malades autant que tous les autres.

Les opérés de la taille succombent pour la plupart à l'infection purulente ou aux conséquences des lésions rénales préexistantes; je ne vois pas que l'opération de M. Chassaignac puisse mettre les malades à l'abri de ces graves complications.

En résumé, la taille, ainsi que M. Chassaignac propose de l'exécuter, me paraît une opération difficile et incertaine; elle entraîne la section du sphincter, la lésion du bulbe, elle expose les opérés à tous les accidents qui relèvent de la cystotomie en général; je crains de plus qu'on n'observe à la suite de l'écrasement des tissus la persistance d'un trajet fistuleux.

Quoi qu'il en soit, le sujet mérite toute l'attention des chirurgiens, et je remercie, pour ma part, notre collègue de son intéressante communication.

M. CHASSAIGNAC. Il est certain que les deux grands dangers de l'opération de la taille sont : l'hémorrhagie et l'infiltration d'urine. Dernièrement encore on a cité ici trois cas d'hémorrhagie après la taille hypogastrique. Il est toujours difficile d'éviter le bulbe, et on a des hémorrhagies graves qui exigent l'emploi de moyens d'une application difficile et peu sûrs. Quant à l'infiltration d'urine, je crois que l'incision par le bistouri y expose plus que la division par l'écraseur, parce que, dans ce dernier cas, les tissus tassés se laissent moins pénétrer.

M. Dolbeau m'a demandé quels sont les résultats obtenus par le procédé que j'emploie, les voici :

Premier fait. — Un homme épuisé ayant subi la lithotritie, a été opéré par l'écraseur; j'ai extrait deux calculs.

Le rétablissement a été complet. Une fistule urinaire, qui a persisté pendant longtemps, est aujourd'hui guérie.

Deuxième et troisième faits. — Un vieillard de soixante-huit ans, opéré une première fois, a guéri ; récidive. Seconde opération, suivie de la mort, occasionnée par la suppuration des reins, qui existait avant l'opération.

Le *quatrième fait* est celui que je vous signale aujourd'hui.

J'ajouterai que l'opération n'est pas plus difficile ni plus compliquée que par tous les autres procédés de la taille, que le doigt rencontre facilement la cannelure du cathéter à travers le tissu prostatique, et que, même quand on blesse le bulbe, on n'a pas à craindre l'hémorrhagie.

M. BROCA. Je crois que M. Chassaignac exagère la fréquence de l'hémorrhagie après l'opération de taille ; je n'ai pas une expérience personnelle très-grande sous ce rapport, parce que maintenant nous faisons peu souvent la taille ; mais j'ai vu faire cette opération un assez grand nombre de fois par Roux, par Blandin, et je ne me rappelle pas avoir vu mourir un opéré d'hémorrhagie. Dans une opération de taille que j'ai pratiquée, j'ai vu survenir une petite hémorrhagie, mais elle fut sans gravité.

Si donc l'écraseur linéaire n'a pas d'autre avantage que d'éviter l'hémorrhagie, il me semble que cet avantage ne compense pas les inconvénients du procédé. Ainsi, il me paraît difficile en opérant ainsi de ne pas intéresser les deux conduits éjaculateurs, tandis qu'avec le bistouri on peut tout au moins éviter l'un de ces conduits.

M. CHASSAIGNAC. La défaveur qui s'est attachée à l'opération de la taille a été motivée par ses dangers, et rarement maintenant on taille les calculeux dans les hôpitaux ; en Angleterre, la lithotritie n'a pas été acceptée avec autant de faveur que parmi nous, et aujourd'hui encore on continue à opérer par la taille. J'ai signalé le danger des hémorrhagies en m'appuyant sur l'opinion de Boyer, qui dit que les trois quarts des morts sont dues à cet accident. J'avoue cependant que j'en ai peut-être exagéré la fréquence.

M. GIRALDÈS. J'ai fait la taille chez des adultes et chez des enfants, et je n'ai pas vu d'hémorrhagie. M. H. Thompson a fait une statistique complète des opérés dans les hôpitaux de Londres et d'Écosse, il a réuni quinze cents observations, et on voit que l'hémorrhagie figure pour un chiffre peu élevé ; du reste, M. Chassaignac vient de corriger son exagération. Il est vrai que les chirurgiens anglais ont assez longtemps continué à faire la taille ; cependant Brodie a pratiqué la lithotritie sur une grande échelle, et toute la génération

actuelle préfère la lithotritie. Il est donc inexact de dire que la taille reste la méthode générale en Angleterre.

M. VOILLEMIER. Je ne veux pas m'arrêter à l'hémorrhagie, dont on vient de parler longuement ; mais je ferai remarquer qu'en divisant le bulbe, on dispose à l'infection purulente ; et, puisque dans le procédé de M. Chassaignac on coupe le rectum et le périnée, on court le risque de voir des fistules qui persisteront longtemps.

M. CHASSAIGNAC. Les objections de M. Voillemier ont une grande valeur, mais je répondrai qu'en prenant certaines précautions on évite la blessure du bulbe, et que mon premier opéré a eu une fistule parce que la ponction avait été faite trop haut.

Éléphantiasis des Arabes observé en Provence. — M. GOYRAND (d'Aix) lit une note sur ce sujet.

Il y a une dizaine d'années, j'eus l'honneur d'appeler votre attention sur un fait curieux et très-rare en Europe ; il s'agissait d'un énorme éléphantiasis du pénis existant chez un ecclésiastique. J'en fis l'extirpation avec succès en 1851 ; permettez que je vous rappelle quelques circonstances de ce fait, que vous pouvez avoir perdu de vue ; je vous ferai connaître aussi la fin de l'observation, car le malade est mort il y a quelques mois.

C'était une tumeur vraiment monstrueuse, qui pendait entre les cuisses, qu'elle tenait fortement écartées, jusqu'au-dessous des genoux, et dont le poids était tel que le malade était obligé de la soutenir au moyen d'un bandage suspenseur assez compliqué, qui prenait son point d'appui sur le cou. Le malade ne marchait qu'avec beaucoup de difficulté.

Cet éléphantiasis, peut-être le plus volumineux qui ait été observé au pénis, — je ne dis pas aux parties génitales, car l'éléphantiasis du scrotum arrive à des dimensions bien autrement monstrueuses, — conservait encore la forme de l'organe ; on y distinguait le corps du pénis et le gland recouvert du prépuce. J'exhumai de la masse morbide, formée par une énorme hypertrophie du fourreau et du tissu cellulaire qui le double, les testicules qui y avaient été englobés, et le pénis proprement dit, le corps caverneux et l'urèthre. Je trouvai le gland confondu avec le prépuce ; il fallut dans l'opération le sculpter, pour ainsi dire, dans la masse hypertrophique. Le corps caverneux et l'urèthre n'avaient pas augmenté de volume, mais il ne restait de leur tissu que la trame fibreuse ; le tissu caverneux ou érectile avait perdu sa vascularité, avait disparu par atrophie. Le fourreau et le tissu cellulaire sous-cutané formaient seuls la tumeur hypertrophique.

La peau de la partie postérieure de la racine de la tumeur, qui conservait de la souplesse et n'avait qu'une épaisseur normale, servit à faire un nouveau scrotum. Je détachai de la partie antérieure de la racine de la tumeur un lambeau de peau quadrilatère, pour former un nouveau fourreau au pénis, que j'allais exhumer de la masse morbide ; mais ce dernier lambeau participait à la lésion éléphantiaque et tomba en gangrène, ce qui retarda un peu la cicatrisation. Quant au nouveau scrotum, il remplit très-bien mon but. La masse extirpée pesait 5,600 grammes.

Le malade guérit très-bien ; mais deux ans après, le scrotum nouveau fut pris à son tour d'éléphantiasis, et arriva en dix-huit mois à un tel volume, que le malade vint me prier de l'en débarrasser par une seconde opération. Je pratiquai cette dernière en juillet 1855, près de quatre ans après la première. J'extirpai, cette fois, une masse de 2 kilogrammes environ. La guérison fut complète en trente-cinq jours.

Il n'y a pas eu de nouvelle récidive. M. l'abbé L.... a joui d'une bonne santé pendant cinq ans encore ; mais en 1860, il a eu une hémorrhagie cérébrale aux suites de laquelle il a succombé en 1862, sept ans après la seconde opération, sans avoir eu de nouvelle récidive de l'éléphantiasis.

Ce fait, complet aujourd'hui, a, je crois, plus de valeur au point de vue de la question de la récidive que ceux dont nous trouvons la relation dans les annales de la science, qui tous ont été publiés peu de mois après l'opération, par des chirurgiens encore enthousiasmés du succès de leur opération.

La récidive que nous avons eue après la première opération est, comme disaient MM. Larrey et Rigal (de Gaillac) (1), une continuation du mal primitif, dont il est resté des vestiges après l'extirpation ; car l'éléphantiasis n'avait pas, dans ce cas, et n'a presque jamais de limites précises, et toujours dans ces opérations les bords de la plaie restent plus ou moins pénétrés des liquides qui infiltrent l'éléphantiasis, et participent plus ou moins à l'altération hypertrophique. Aussi, bien que les auteurs n'aient guère publié que des cas de guérison sans mention de récidive après une première opération, suis-je bien convaincu que parmi ces cas il doit y avoir eu de fréquentes récidives sur place.

Deuxième observation. — Femme de la campagne, âgée de soixante et un ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne con-

(1) Société de chirurgie, séance du 14 novembre 1855.

stitution. Le père de cette femme n'est mort qu'à l'âge de quatre-vingts ans, et d'une hernie étranglée. Sa mère est morte avant la vieillesse, d'une maladie chronique, de phthisie peut-être. Cette femme a eu trois enfants, dont deux, arrivés à l'âge adulte, sont bien portants, et un autre, une fille, morte il y a quatre ou cinq ans, à l'âge de trente ans, de phthisie pulmonaire.

Il y a environ six ans, cette femme eut, dit-elle, au côté droit de la face un érysipèle à la suite duquel elle s'aperçut qu'elle avait le lobule de l'oreille droite tuméfié. Cette femme, laborieuse, n'est jamais arrêtée dans ses rudes travaux par une légère indisposition; aussi a-t-elle à peine fait attention à quelques légères atteintes d'érysipèle ayant le même siége. Mais toujours, depuis la première fluxion, le lobule et les deux tiers inférieurs du pavillon de l'oreille et les parties voisines de la tempe et de la joue ont continué de grossir sans que la malade ait bien saisi les rapports de cause à effet qui ont existé entre les fluxions érysipéloïdes et l'accroissement de la tumeur.

Quand j'ai vu la malade pour la première fois, elle n'était pas venue vers moi pour me consulter, mais pour me présenter sa fille phthisique; et la mère ne me parla de son mal que parce que je l'examinais avec intérêt et curiosité. La tumeur comprenait alors le lobule et la moitié inférieure du pavillon de l'oreille, déjà fort gros, et s'étendait, en avant de ces parties, à la joue, qui était déjà très-déformée; mais elle avait alors tout au plus un tiers des dimensions qu'elle présente aujourd'hui.

La photographie que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société représente l'état actuel de la tumeur, qui occupe les deux tiers inférieurs du pavillon de l'oreille, une grande partie de la région temporale et de la joue, et toute la région parotidienne.

Cette tumeur est divisée en deux lobes par un sillon profond qui part de la partie antérieure du pavillon de l'oreille et se dirige obliquement en bas et en avant. Le lobe inférieur ou externe est formé par l'hypertrophie du lobule de l'oreille, et le lobe antérieur ou supérieur se continue avec le bord antérieur du pavillon. La peau de la tumeur qui recouvre la face de la malade ne peut être pincée; elle est fort épaisse, et fait corps avec la couche celluleuse sous-cutanée, qui est aussi très-épaisse, et ne cède guère à la pression; cependant ces tissus ont une consistance qui ne ressemble point à celle du squirrhe ou du fibrome. Les parties profondes restent libres sous cette masse. Les muscles sterno-mastoïdien, masséter, grand zygomatique, orbiculaire des paupières, qui en sont recouverts en partie, conservent toute leur liberté de contraction. Les mouvements en différents sens imprimés à la masse hypertrophique la déplacent seule;

il est évident que les glandes parotide et sous-maxillaire en sont absolument indépendantes; les ganglions lymphatiques de la région ne sont nullement engorgés; la sensibilité tactile de la peau de la tumeur n'est point altérée; la masse n'est pas douloureuse, même à la pression, si bien que la malade la malaxe, la pétrit, et dit qu'elle lui donne ainsi de la souplesse.

Les parties de la peau de la tumeur qui sont en contact entre elles ou avec la peau des parties voisines s'échauffent parfois, rougissent, surtout en été, et deviennent alors le siége d'un suintement; c'est un intertrigo qui s'y produit, et cet intertrigo donne des démangeaisons et des cuissons.

Cette altération de la peau se voit au point de contact du lobe externe avec la partie contiguë de la région mastoïdienne et du cou.

L'ouïe est dure de ce côté, parce que les parois antérieure et postérieure du conduit auditif sont en contact, pressées l'une contre l'autre, et obturent ainsi le conduit.

Quand on écarte ces deux parois, en agissant en sens inverse sur le tragus et l'antitragus, la malade entend bien. Le fond du sillon résultant du contact pressé des parois du conduit présente une légère excoriation avec suintement; c'est encore de l'intertrigo.

Cette lésion constitue une difformité très-désagréable, mais n'est pas douloureuse. Elle occasionne par son poids une gêne que la malade diminue en soutenant le lobe inférieur au moyen d'une mentonnière.

Enfin, ce mal est très-supportable, et la malade, qui a vainement essayé de quelques topiques iodés, ne demande plus de remèdes maintenant, et se contente de soutenir sa tumeur et de combattre l'intertrigo par des lavages et l'application de quelques poudres inertes.

Du reste, je lui conseille de s'en tenir là, et ne proposerai jamais à une femme déjà arrivée à une époque de la vie où on tient peu à la perfection des formes, une opération qui mettrait ses jours en péril, et n'aurait d'autre résultat que de substituer à une tumeur difforme, mais non dégoûtante, et que je ne crois pas susceptible de dégénérescence, une cicatrice large, bridée, adhérente, difforme, et souvent douloureuse. D'ailleurs, l'extirpation de cette tumeur ne serait jamais complète, et je crois bien que si on avait l'imprudence de la pratiquer, on verrait bientôt l'éléphantiasis se reproduire sur place.

M. LARREY soumet les deux remarques suivantes à l'appréciation de M. Goyrand :

En premier lieu, il ne pense pas, comme lui, que les tumeurs éléphantiasiques des bourses soient ordinairement suivies de récidive

après l'extirpation, parce que dans beaucoup de cas où le volume de ces tumeurs est très-considérable, elles sont supportées par un pédicule plus ou moins allongé, aux dépens de la peau intacte des régions inguino-crurales. C'est un fait qu'il a d'ailleurs relaté dans un long travail lu à la Société sur l'éléphantiasis des Arabes (1).

En second lieu, M. Larrey croit que l'on a quelquefois considéré comme éléphantiasiques des tumeurs lipomateuses à divers degrés de consistance. Tel serait peut-être le second cas cité par M. Goyrand, et tels sont plus certainement quelques exemples d'hématocèle avec induration observés en Europe, tandis que l'éléphantiasis proprement dit du scrotum ne s'y rencontre que très-exceptionnellement.

M. GOYRAND. Les réflexions de M. Larrey sont parfaitement exactes en ce qui concerne l'éléphantiasis du scrotum. Chez mon premier malade, la peau était altérée en avant ; quant au deuxième malade, sa tumeur est certainement hypertrophique et n'a pas l'aspect du lipome.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 14 octobre 1863.

Présidence de M. DEPAUL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Léon Lefort, qui se porte candidat à la place de membre titulaire.

2° Une lettre de M. Laborie, qui demande un congé.

M. Bourgogne père fait hommage à la Société des deux travaux suivants : *Traité de l'érysipèle considéré comme une fièvre exanthématique essentielle; Traité de la médication complète du choléra asiati-*

(1) *Rapport sur l'éléphantiasis du scrotum* (Mémoires de la Société de chirurgie, t. III).

que considéré comme une fièvre paludéenne épidémique. (Remercîments à l'auteur.)

— M. le professeur Ehrmann (de Strasbourg) fait hommage à la Société d'un Atlas avec observations, intitulé : *Observations d'anatomie pathologique.* (Remercîments à l'auteur.)

LECTURE.

M. COURTY lit un travail *sur la rétention d'urine.* (Renvoi à une commission composée de MM. Broca, Verneuil et Morel-Lavallée.)

Discussion sur la ligature préalable de l'artère carotide primitive.

M. RICHET. Lorsque M. Verneuil nous a soumis son observation d'extirpation de tumeur située dans la région parotidienne après ligature préalable de la carotide primitive, il a exprimé le désir de voir débattre cette grave question de la ligature préalable des artères avant les opérations d'une manière générale. Pour mon compte, je ne le suivrai pas sur ce vaste terrain, et je lui demanderai la permission de restreindre le débat à la ligature préalable des carotides.

Avec tous les chirurgiens qui préconisent cette opération, M. Verneuil, si je l'ai bien compris, se fonde :

1° Sur le danger des hémorrhagies épuisantes, quelquefois même, selon lui, immédiatement mortelles ;

2° Sur l'avantage de ne point être gêné par le sang pendant les manœuvres opératoires ;

3° Enfin, sur l'absence ou tout au moins le peu de gravité des accidents inflammatoires consécutifs.

Je ne veux point nier d'une manière absolue ces avantages ; il est bien clair que si cette pratique n'offrait point quelques compensations aux dangers sérieux auxquels elle expose, elle aurait été depuis longtemps tout à fait abandonnée ; mais il s'agit de savoir si ces avantages sont aussi grands, aussi réels qu'on le prétend, et surtout s'ils ne sont pas plus que contre-balancés par les accidents qui peuvent survenir. C'est ce que je vais brièvement examiner.

Relativement aux hémorrhagies qui peuvent survenir pendant l'extirpation des tumeurs du cou et de la face, ou l'amputation des maxillaires, sans nier qu'il puisse en survenir de très-sérieuses, je ne crois pas cependant qu'il soit arrivé encore à un chirurgien expérimenté, ayant l'habitude de la médecine opératoire, de perdre un malade par le fait de l'écoulement du sang pendant une de ces opérations. Et cela se comprend, car il sera toujours possible de se rendre maître du cours du sang, soit en liant ou comprimant directement le vaisseau

qu'on vient de diviser, soit en le cautérisant ou en y appliquant des liquides hémostatiques, soit encore en comprimant la carotide primitive à distance, sur le corps des vertèbres cervicales.

Il est vrai que M. Verneuil, qui n'avait sans doute à produire aucune observation de mort pendant ces opérations, nous dit que si le malade ne succombe pas immédiatement à l'écoulement sanguin, rien ne prouve que ces pertes de sang ne puissent avoir une influence funeste sur le résultat définitif. J'admets avec lui que ce n'est pas impunément qu'un opéré perd une grande quantité de sang pendant une opération, que cela peut entraîner des accidents sérieux et nuire à la prompte cicatrisation de la plaie. Mais de là à déterminer la mort il y a fort loin; et pour émettre cette opinion avec quelque chance de la faire accepter, il eût fallu apporter des faits bien observés. Jusque-là tout est incertitude, et ni M. Verneuil, ni moi, ni personne, ne sommes en mesure de déterminer rigoureusement quelle influence ces hémorrhagies peuvent avoir sur l'issue finale.

Quant à l'avantage de ne pas être gêné par le sang pendant l'opération, c'est avec des faits d'abord, et ensuite avec des raisonnements, que je répondrai à mon collègue.

Le premier opérateur, à ma connaissance, qui ait pratiqué la ligature de la carotide primitive avant de faire l'extirpation d'une tumeur du cou et de la face, est William Goodlad. Or, l'écoulement du sang fut tellement considérable, dit l'opérateur, qu'en disséquant la portion de la tumeur située derrière et sous l'oreille, chaque coup de l'instrument était suivi d'un jet de sang, et parfois d'un écoulement abondant qui durait quelques secondes. (Hodgson, *Traité des maladies des artères et des veines*, t. II, p. 65, et *Medico chirurg. Transact.*, vol. VII, p. 1, p. 112; London, 1818.)

Je pourrais citer d'autres observations encore, mais celle-là suffit pour montrer que la prétention d'opérer *à blanc* après la ligature de la carotide primitive est une chimère.

La théorie d'ailleurs n'indiquait-elle pas à l'avance que les nombreuses anastomoses établies entre les branches des deux carotides externes, que celles qui existent dans l'intérieur du crâne entre les vertebrales et les deux carotides internes doivent promptement ramener le sang, et même avec une abondance et une vivacité telles que depuis longtemps tous les chirurgiens ont donné le conseil dans les plaies de la région parotidienne de chercher à lier, avant toute autre tentative, les deux bouts de l'artère divisée? Sans doute ce serait, je le proclame bien haut, un immense avantage de pouvoir, dans le fond d'une plaie profonde comme sont celles qui résultent de l'extirpation d'une tumeur parotidienne, agir sans être gêné par le sang,

et de poursuivre à son aise l'altération pathologique sans être obligé de s'interrompre à chaque instant pour faire éponger le fond de la plaie; mais, je le répète, c'est là une illusion qu'il faut détruire. L'écoulement du sang après la ligature de la carotide primitive reste encore considérable; seulement il se fait en nappe plutôt que par jet, et on est en garde contre ce que j'appellerai volontiers les *surprises hémorrhagiques*, c'est-à-dire ces brusques jets de sang lancés à plusieurs mètres de distance, et qui effrayent tant quand on y est exposé pour la première fois.

Relativement à l'absence d'accidents inflammatoires consécutifs dans les plaies après la ligature des artères principales, c'est là un point de pathologie encore fort obscur et qui appelle évidemment des observations ultérieures. Au début de cette discussion, j'ai dit que j'avais pratiqué la ligature de la carotide primitive et de l'externe, suivant le conseil de B. Bérard, pour une blessure de la région parotidienne par un instrument tranchant qui avait pénétré jusque dans le pharynx. Il était impossible de savoir quelle était l'artère lésée, si c'était la carotide externe ou une de ses branches, ou la carotide interne, ou toutes les deux ensemble; impossible par conséquent de suivre le sage conseil de lier les deux bouts du ou des vaisseaux lésés. La ligature faite, l'hémorrhagie s'arrêta, et la plaie guérit sans autre accident; mais je ne puis pas dire que la cicatrisation ait été ni retardée, ni avancée, ni modifiée d'une manière ou d'une autre par le fait de la ligature, et je ne pense pas que ce que vous a dit à cet égard M. Verneuil entraîne la conviction. A la rigueur, on comprendrait que la ligature de la fémorale modifiât sensiblement les phénomènes de cicatrisation d'une plaie du membre inférieur, parce que le cours du sang s'y trouve notablement ralenti par cette occlusion du vaisseau principal; mais au cou et à la face les conditions anatomiques sont tout autres, ainsi que je le rappelais précédemment; c'est à peine si la circulation s'y trouve modifiée par le fait de la ligature portée sur la carotide primitive. Il est donc permis de mettre en doute cette absence d'accidents inflammatoires jusqu'à ce que des observations ultérieures nombreuses viennent démontrer ce fait d'une manière irréfragable.

Ainsi les avantages attribués à la ligature préalable de la carotide se réduisent à peu de chose; reste à examiner les inconvénients, disons mieux, les dangers auxquels expose cette pratique.

J'ai examiné déjà dans la précédente séance les accidents cérébraux et autres qui suivent la ligature de la carotide primitive et qui souvent ont occasionné la mort, je n'y reviendrai pas; mais j'ai à cœur de répondre à une observation de M. Verneuil. J'avais dit que la liga-

ture de la carotide primitive, outre qu'elle était souvent suivie d'accidents graves inhérents à cette opération, offrait comme opération de sérieuses difficultés, et que des chirurgiens très-habitués à la médecine opératoire avaient saisi avec l'artère le pneumo-gastrique, ou le grand sympathique, ou lésé la veine jugulaire interne. *Non est discrimen artis,* avait répondu notre collègue ; ce n'est pas la faute de l'art, mais de l'opérateur ; je repousse donc cet argument, ajoutait-il. D'accord ; cependant quand ces opérateurs s'appellent Dupuytren, Roux, Robert, il est bien permis de se demander si l'on sera toujours certain d'éviter les fautes dans lesquelles ils sont tombés, et tout au moins est-il permis d'en conclure que cette ligature offre parfois de grandes difficultés. Or si l'on réfléchit que c'est cette même opération qu'on veut nous faire accepter comme une opération préliminaire destinée à en faciliter une autre plus sérieuse encore, on sera obligé de convenir que c'est là une simplification qui complique singulièrement la manœuvre opératoire, puisque en définitive on est ainsi conduit à pratiquer deux opérations pour une.

Mais ce ne sont point là d'ailleurs les seuls inconvénients, les seuls dangers ; il en est un autre auquel on n'a peut-être pas suffisamment songé : c'est l'hémorrhagie secondaire ou consécutive (non celle qui survient par l'artère carotide à la chute du fil, hémorrhagie redoutable, cependant, et dont, par parenthèse, j'ai cité un exemple rapporté par Lisfranc), mais bien celle qui a lieu à toute la surface de la plaie, alors que le sang est ramené par les anastomoses des vaisseaux divisés et non liés. Et ce que j'avance ici ce n'est pas de la théorie, ce sont des faits. J'ouvre le traité d'Hogdson et j'y lis (t. II, p. 44) qu'un sujet de vingt ans reçut un coup de feu à la bataille de Paris en 1814. La balle avait pénétré derrière l'apophyse mastoïde ; six jours après, hémorrhagie considérable, artérielle. Un tamponnement l'arrête. Six à huit jours après, nouvelle hémorrhagie, nouveau tamponnement et compression du sang. Elle se reproduit bientôt avec plus de violence. Alors, à la suite d'une consultation entre Lallemand, Murat, Baron et Marjolin, ce dernier lie la carotide primitive. Vingt-quatre heures après, nouvelle hémorrhagie par la plaie, qu'on ne peut arrêter, et le malade meurt. A l'autopsie, on reconnut que le sang était fourni par l'artère occipitale déchirée. Ainsi, malgré la ligature de la carotide primitive, les anastomoses avaient ramené le sang dans le bout supérieur de l'artère divisée avec une telle violence que la mort s'en était suivie.

Dans un cas analogue, Giraux ne fut pas plus heureux. Après la ligature, le sang suintait à toute la surface de la plaie et le malade mourut d'hémorrhagie (Hogdson, t. II, p. 45).

Quelle sécurité peut donner une pareille méthode opératoire ! Malheureusement, il faut reconnaître qu'en pareille occurrence, c'est-à-dire dans les cas de blessure, il n'y a guère d'autre parti à prendre, car il est souvent impossible d'aller à la recherche de l'artère lésée.

En résumé, je dirai donc que la ligature préalable de la carotide ne remplit pas complétement le but qu'on se propose ; que si elle met à l'abri des surprises hémorrhagiques pendant l'opération, elle ne conjure pas les hémorrhagies en nappe, immédiates ou consécutives, qu'elle expose à des dangers sérieux, à la mort même , en un mot qu'elle *complique* au lieu de *simplifier*.

Mais la méthode ordinaire, celle que tout le monde suit, offre donc de bien grands inconvénients ? C'est ce qui me reste à examiner ; je serai bref. D'abord, quand on enlève une tumeur parotidienne, ou qu'on fait l'extirpation d'un des maxillaires, on est prévenu qu'on aura ou du moins qu'on peut avoir un grand écoulement de sang. On n'est donc pas pris au dépourvu, on se tient sur ses gardes, et si on ouvre des vaisseaux, on les lie au fur et à mesure qu'on les divise. Je sais bien que M. Verneuil nous a dit que cela retardait beaucoup la marche de l'opération, que c'était une complication. Qu'est-ce à dire ? M. Verneuil ne lie donc pas les vaisseaux qu'il divise quand une fois il a fait la ligature de la carotide ? Mais alors il s'expose à avoir des hémorrhagies consécutives comme celles qui ont emporté les deux malades de Marjolin et de Giraux. Quant à moi, je regarde cette ligature successive des artères comme une grande sécurité, et alors même que j'aurais préalablement lié la carotide, je suivrais encore cette pratique, de crainte des hémorrhagies en retour.

Mais je suppose un instant qu'on soit trop gêné par le sang, ou qu'on ne veuille pas s'astreindre rigoureusement à lier tous les vaisseaux au fur et à mesure qu'ils sont ouverts, n'a-t-on pas la ressource de la compression directe dans la plaie même, ou de la compression à distance ? La première, la compression directe, est sans contredit la plus efficace, et il ne faut pas longtemps chercher pour en trouver des exemples éclatants. Larrey rapporte qu'au siége de Saint-Jean d'Acre, Arrighi, lieutenant d'artillerie et depuis duc de Padoue, reçut à la batterie de brèche une balle qui lui coupa la carotide externe ; un soldat mit le doigt sur l'artère en attendant le chirurgien, qui trouva l'hémorrhagie arrêtée lorsqu'il arriva et se borna à faire le tamponnement de la plaie.

C'est là, pour le dire en passant, un premier exemple de compression digitale faite sans le savoir. (Larrey, *Mémoire de chirurgie militaire*, t. Ier, p. 309.) Acrel Van Horne, Hibenstreit, citent des cas analogues (voy. Hogdson, t. II, p. 23). Ainsi donc on arrêtera toujours

les hémorrhagies redoutables par la compression directe dans le fond de la plaie. Puis, si l'on craignait dans la suite de l'opération un trop grand écoulement, on aurait recours à la compression de la carotide primitive sur le corps des vertèbres cervicales, et le tubercule dit carotidien de notre collègue M. Chassaignac serait un guide précieux. Enfin, n'aurait-on pas encore comme moyens hémostatiques le tamponnement avec ou sans liqueurs hémostatiques et la cautérisation au fer rouge pour le cas où les artères seraient situées trop profondément, comme après l'extirpation du maxillaire supérieur ?

Et notez que si je parle de ces derniers moyens hémostatiques au conditionnel, c'est que, dans les opérations déjà nombreuses que j'ai faites dans la région parotidienne ou sur la face, je n'ai pas eu besoin d'y recourir, la ligature m'a toujours suffi. Il faut bien croire d'ailleurs qu'il en est ainsi de la très-grande majorité des chirurgiens, puisqu'il en est si peu qui aient recours à la ligature préalable des carotides. Or, cette espèce de consensus général n'est-il pas encore une preuve, je ne dirai pas seulement de l'inutilité, mais du danger de cette pratique? Ce n'est pas la première fois qu'elle a paru dans la science, ainsi que je l'ai établi précédemment, et jamais elle n'a pu y prendre droit de domicile.

Encore un mot. J'avais dit, mais sans entrer dans des développements suffisants pour faire comprendre ma pensée, que si j'admettais à la rigueur et très-exceptionnellement la ligature préalable des carotides, c'était dans les cas de cancer parotidien. Voici mes raisons. Les véritables cancers de la parotide, d'ailleurs assez rares, sont toujours très-vasculaires, mais de plus, et c'est là le point capital, quand ils envahissent la glande, au lieu de la refouler vers le pharynx comme font les chondromes ou les autres tumeurs bénignes, ils la détruisent sur place, se l'assimilent, qu'on me passe l'expression, et s'avancent ainsi jusqu'au contact du paquet vasculo-nerveux qui avoisine le pharynx, c'est-à-dire la carotide interne, la veine jugulaire interne, les nerfs pneumo-gastriques, grand sympathique, etc. Il en résulte que lorsqu'on poursuit la dissection de ces productions, on court le risque d'ouvrir la carotide interne ou la veine jugulaire interne, sans possibilité de déterminer à l'avance si on sera conduit à cette nécessité. Or, on comprend que la lésion de la carotide interne à cette profondeur, et vu le volume de cette artère, pourrait singulièrement embarrasser le chirurgien. A. Bérard a cité un cas où le cancer s'était insinué dans la veine jugulaire après avoir enveloppé l'artère ; heureusement pour Béclard, qui voulait faire l'opération, le malade mourut. (A. Bérard, *Des opérations que réclament les tumeurs développées dans la région parotidienne,* p. 223.)

J'ai rapporté un fait analogue ; le cancer avait entouré la carotide et tout le paquet vasculo-nerveux, de telle sorte qu'il eût été impossible de faire l'extirpation complète sans couper cette artère et tous les nerfs. Rien ne faisait prévoir cette complication. (A. Richet, *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, 2me édition, p. 427.)

Eh bien, c'est dans ces cas que je comprends, que j'admets la ligature préalable de la carotide primitive, parce que je reconnais que la lésion de la carotide interne peut tuer instantanément le malade, sans compter, bien entendu, le risque d'autres accidents dont je n'ai pas à me préoccuper pour le moment. Mais si je la comprends, si je l'admets, ce n'est pas à dire que j'approuve l'opération en elle-même ; et si un chirurgien me faisait l'honneur de me consulter dans un cas semblable, je lui conseillerais, moi aussi, comme M. Denonvilliers à M. A. Richard, de lier la carotide primitive, mais j'ajouterais : « Si j'étais à votre place, je m'abstiendrais de toute opération. »

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 21 octobre 1863.

Présidence de M. DEPAUL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Coste, professeur à l'Ecole secondaire de médecine de Marseille, membre correspondant de la Société de chirurgie, adresse un relevé statistique de toutes les opérations qu'il a faites dans son service depuis l'année 1857 jusqu'à 1863, et qui lui ont servi de sujet dans ses leçons cliniques. (*Remercîments.*)

— M. Dupré écrit une lettre dans laquelle il annonce de nouveau qu'il ne réclame pas la priorité pour l'arc latéral rigide des bandages, mais bien pour le système des bandages rigides, dont la rigidité s'exerce à l'aide d'une tige rigide transversale antérieure. Or, dans le bandage dont a parlé M. Giraldès, la rigidité est produite par une tige rigide transversale antérieure ; c'est là tout le système de M. Dupré.

M. GIRALDÈS. Je trouve étonnant que M. Dupré ait déjà écrit quatre lettres à la Société à propos d'un rapport où son nom n'a pas même été prononcé. Cependant, M. Dupré réclame un système de

bandages offrant une demi-circonférence rigide en avant. Je répondrai un seul mot, c'est que ce système existait déjà et qu'il ne serait pas difficile d'en trouver des exemples. La Société décide que cette question est close définitivement.

— M. MOREL-LAVALLÉE. M. Coste nous a donné la relation d'un cas de tumeur fibreuse du cou se prolongeant derrière le sternum. Je me rappelle avoir opéré avec Gerdy une tumeur de ce genre, qui se prolongeait dans l'aisselle et contractait adhérence avec la face profonde de l'omoplate; elle était traversée par les vaisseaux. L'ablation en fut pénible, et nous eûmes beaucoup de peine à isoler la tumeur des vaisseaux axillaires, sur lesquels il fut nécessaire de jeter une ligature. Le malade mourut, et à l'autopsie nous trouvâmes un vaste abcès s'étendant jusqu'au bas des médiastins. Cette suppuration était la conséquence des tiraillements exercés sur le tissu cellulaire de l'aisselle.

— M. DEPAUL présente, au nom de M. Duboué, de Pau, un mémoire intitulé : *Remarques sur l'emploi de quelques modifications de la suture dans l'opération de la fistule vésico-vaginale par le procédé américain.*

M. Duboué, dit M. Depaul, a conquis à Pau, en quelques années, une position chirurgicale assez importante pour avoir pu opérer déjà cinq fistules vésico-vaginales. C'est la relation de ces cinq cas qu'il donne dans son travail que j'ai lu et qui m'a paru remarquable à plus d'un titre. M. Duboué propose une modification dans l'avivement et un procédé ingénieux de suture. Je signalerai surtout l'observation dans laquelle l'oblitération de l'urèthre a nécessité l'emploi d'un instrument spécial. Enfin, je rappellerai que M. Duboué nous a déjà adressé d'importants travaux. (Commissaires, MM. Richet, Houel, Trélat.)

— M. FOUCHER présente, au nom de M. Monteil, médecin de l'hôpital de Mende, une observation d'extraction d'un corps étranger introduit dans la vessie. (Rapporteur, M. Foucher.)

— M. Lizé, du Mans, adresse les deux observations suivantes :

Bec-de-lièvre compliqué d'écartement de la voûte palatine et de division du voile du palais; opération pratiquée avec succès.

OBS. Ire. — Enfant du sexe masculin, né à la Maternité du Mans le 10 février 1863. Il offre du côté droit un bec-de-lièvre qui divise la lèvre dans toute sa hauteur jusqu'à la narine correspondante. La lèvre est adhérente à la gencive à une certaine distance des bords de la solution de continuité, de sorte qu'on voit entre ces bords une portion de la gencive et du bord alvéolaire. La voûte et le voile du pa-

lais, largement séparés, laissent apercevoir l'intérieur des fosses nasales par une fente qui peut recevoir l'extrémité de l'indicateur. En arrière du bec-de-lièvre existe sur la gencive un sillon vertical qui marque le point où la partie latérale de la mâchoire se réunit avec la partie médiane représentée par l'os incisif.

Le 14 février, au matin, j'opère l'enfant par le procédé de mon maître et ami le docteur Mirault (d'Angers). Après avoir détaché la lèvre de la gencive par de petites incisions, j'avive le côté droit de la solution de continuité, et je taille sur le côté gauche un lambeau qui demeure adhérent au bord libre de la lèvre; l'incision verticale est réunie par deux points de suture entortillée, et le lambeau est fixé par un point de suture simple sur la partie avivée du bord libre de la lèvre.

L'enfant est confié à une infirmière, qui le tient constamment sur les genoux ou dans les bras, lui donne le biberon quand il s'éveille et lui rapproche les joues avec les doigts sitôt qu'il crie, afin d'éviter les tiraillements de la lèvre. Bon sommeil.

Le 17, au matin, l'épingle supérieure est enlevée avec le point de suture simple, et une légère couche de collodion est appliquée sur les fils de la suture.

Le 20, au soir, la dernière épingle est retirée et une seconde couche de collodion est mise sur les fils pour soutenir la cicatrice.

Le 22, c'est-à-dire le neuvième jour après l'opération, la cicatrice est très-solide. La narine droite, correspondant à la division du bec-de-lièvre, est fermée par l'aile du nez, qui se trouve aplatie et légèrement abaissée. Il est inutile de remettre cette narine en meilleur état, elle s'y replace sous l'influence de la suture labiale. Ce succès fut constaté par mon honorable confrère le Dr Voisin, chargé du service de médecine de l'Hôtel-Dieu.

Depuis bientôt neuf mois l'enfant est à Ecommoy, entre les mains d'une nourrice très-soigneuse, et il est magnifique; mais, contre mon espérance, j'ai constaté tout dernièrement que la division palatine n'avait pas sensiblement diminué.

Il est bon de rapprocher ce cas heureux de ceux qui ont été signalés à la Société de chirurgie par MM. Depaul, Desormeaux, Giraldès et Chassaignac. Il montre une fois de plus que l'opération du bec-de-lièvre peut être faite avantageusement, peu de temps après la naissance, lors même que celui-ci est compliqué de division palatine.

Obs. II. — *Diarrhée incoercible pendant la grossesse; accouchement prématuré artificiel terminé avec succès.*

Mme P..., âgée de vingt-neuf ans, d'un tempérament nerveux à

l'excès, eut une première grossesse marquée par des vomissements opiniâtres.

Le 15 juillet 1863, elle est arrivée au huitième mois d'une grossesse encore plus orageuse que la première, puisqu'à des vomissements répétés s'ajoute une diarrhée incoercible, que les moyens les plus rationnels et les plus variés ne peuvent faire disparaître. Depuis le troisième mois jusqu'au sixième, le flux intestinal est chaque jour médiocrement abondant; mais, à partir du sixième mois jusqu'au commencement du huitième, il prend des proportions vraiment inquiétantes pour la mère et l'enfant.

Aussi, après avoir épuisé toute la série des astringents et des toniques amers; après avoir constaté la grande faiblesse de la mère et le peu de viabilité du fœtus par l'auscultation, je me détermine à provoquer l'accouchement prématuré artificiel, conduite préalablement conseillée par un confrère très-expérimenté.

Je veux alors employer le procédé du professeur Giordano (de Turin), qui consiste à cautériser le col utérin avec un bâton de nitrate d'argent introduit dans son orifice, mais le succès n'est pas venu couronner cette tentative. A l'aide de l'appareil Eguisier, neuf douches utérines de douze à quinze minutes sont pratiquées, et l'expulsion d'un fœtus a lieu sans accident appréciable. L'enfant est un garçon d'un volume à peine en rapport avec le terme de sept mois révolus; dans un état de faiblesse extrême, il est confié à une nourrice, mais il ne tarde pas à succomber. Quant à la mère, malgré son grand épuisement, elle peut graduellement recouvrer la santé, sous l'influence d'un régime tonique et réparateur.

J'appelle l'attention de la Société de chirurgie sur cette complication grave de la grossesse, dont les Traités d'obstétrique parlent à peine, et je serai heureux de connaître son avis sur l'opportunité de l'accouchement prématuré en semblable occurrence. C'est le second cas de diarrhée incoercible que je rencontre pendant la gestation; le premier fut de ma part l'objet de quelques réflexions dans l'*Union médicale* du 15 janvier 1861, et la question de l'accouchement prématuré artificiel, agitée par moi dans ce cas spécial, reçut peu de temps après l'approbation d'un médecin distingué.

Suite de la discussion sur les ligatures préliminaires.

M. VERNEUIL. Je remercie tout d'abord M. Richet de l'empressement qu'il a mis à répondre à mon appel et du soin qu'il a mis à me combattre. Mais je ne me tiens pas pour battu, et je vais répliquer à mon tour. Toutefois je veux renouveler encore les déclarations suivantes : Je reconnais qu'à une certaine époque on a peut-être abusé

des ligatures préliminaires de la carotide, que cette opération est sérieuse, qu'elle entraîne avec elle des dangers incontestables, qu'elle doit être réservée par conséquent pour des cas exceptionnels qu'il convient de préciser. Mais ces concessions faites, je continue à penser que ce prologue opératoire est formellement indiqué en certain cas, et qu'il peut rendre à la pratique des services signalés.

Je vais examiner successivement les objections de mon honorable contradicteur.

M. Richet croit tout d'abord que j'exagère les dangers de l'hémorrhagie qui accompagne les grandes mutilations de la face ou l'extirpation des tumeurs volumineuses de la tête ou du cou. Tout en admettant que ces hémorrhagies peuvent être *très-sérieuses*, il ne croit pas qu'un chirurgien expérimenté ait jamais perdu un opéré à l'amphithéâtre même, et il me reproche au moins de n'avoir pas cité de narrations précises à l'appui de mon assertion.

J'accorderai sans peine que les observations de ce genre sont rares. Cela tient d'abord à ce qu'on ne les publie guère, et qu'ensuite on ne meurt pas souvent d'hémorrhagie primitive. En effet, la syncope arrête l'écoulement, et retient la vie prête à s'échapper, ou bien on tamponne, on comprime, on cautérise, et, au risque de laisser l'opération inachevée, on arrête à tout prix l'issue du sang. Cependant je ne suis pas aussi dépourvu de preuves que M. Richet le pense. J'ai cité, d'après Weinhold, le cas du marquis de Londonderry, qui, subissant une extirpation de la parotide, mourut d'hémorrhagie séance tenante. J'ai cité, et cette fois le fait est rapporté dans tous ses détails, le cas de M. Michaux (de Louvain) où l'hémorrhagie fut si énorme qu'on dut recourir à l'instant même et sans perdre une minute à la transfusion. Les exemples d'opérations restées inachevées par le fait de l'hémorrhagie ne sont pas rares. On trouve dans le journal *The Lancet*, 1829-1830, t. II, vol. 18, p. 29, une courte note relative à l'extirpation d'une tumeur placée sous la mâchoire; on ouvrit l'artère linguale, puis la faciale; l'hémorrhagie était profuse; on la réprima tant bien que mal, mais on n'acheva pas l'extirpation.

Warren, *On tumours*, p. 293, rapporte un cas également curieux : il s'agissait d'une tumeur de la glande sous-maxillaire. On ouvrit en l'extirpant l'artère faciale, puis la sublinguale; on parvint à lier ces vaisseaux, mais la quantité de sang perdu avait été si énorme que l'opéré expira dans les vingt-quatre heures.

Warren fut très-impressionné par ce fait; aussi, ayant plus tard à faire l'ablation d'une tumeur semblable, il pratiqua une variété de ligature préliminaire dont il n'a pas été question dans ce débat, et qui mériterait d'être étudiée de son côté; c'est-à-dire qu'après l'inci-

sion cutanée et avant d'enlever la glande, il découvrit sur un point de la plaie l'artère faciale, y jeta une ligature, et fit alors l'extirpation presque sans perdre une goutte de sang.

Mon expérience personnelle est encore bien limitée, et cependant j'ai vu déjà trois cas dans lesquels l'hémorrhagie primitive très-intense, sans amener la mort immédiate, a été suivie d'accidents qui ont fait périr les opérés et que je ne puis rapporter qu'à l'anémie profonde causée par la déperdition du sang. Je citerai entre autres un polype naso-pharyngien. Des tentatives d'extirpation restèrent infructueuses à cause de l'hémorrhagie : une méningite se déclara et enleva le sujet le quatrième jour. Je pense, comme M. Richet, qu'il est difficile d'évaluer en poids la quantité de sang qu'un opéré peut perdre impunément, car cette quantité varie infiniment d'un sujet à un autre, et chez le même sujet, à diverses phases de sa maladie ; mais quand un malade est déjà profondément anémié, je crois qu'il faut à tout prix économiser son sang, et c'est un des motifs qui m'ont engagé à lier la carotide chez mon malade, que les douleurs excessives, l'insomnie prolongée et l'état moral avaient profondément affaibli. Quand je vois notés dans les relations publiées les syncopes prolongées, les flots de sang qui inondent l'assistance, les mares de sang qui couvrent le lit, etc., je suis peu rassuré sur les suites ultérieures, et je ne puis partager l'incertitude de M. Richet, qui nous dit « que ni lui, ni moi, ni personne, ne sommes en mesure de déterminer rigoureusement quelle influence ces hémorrhagies peuvent avoir sur l'issue finale. » Certes, nous savons bien que dans ces circonstances quelques malades se relèvent et finissent par guérir ; mais il me semble que l'on s'accordera à regarder les grandes pertes de sang comme une des causes les plus indéniables des complications formidables qui déciment les opérés.

Pour prouver que la ligature de la carotide ne rend pas la plaie d'extirpation exsangue et que, malgré cette précaution, l'opération peut être encore très-sanglante, M. Richet cite l'observation de Goodlad, dans laquelle beaucoup de sang fut perdu. J'avais déjà reconnu la possibilité du fait, et à cette citation j'en puis ajouter d'autres. M. Chassaignac nous apprend que dans un cas semblable la circulation en retour se faisait avec tant de rapidité que le sang pleuvait en quelque sorte à la surface de la plaie.

Valentine Mott extirpait une tumeur du cou ; en arrivant vers les parties profondes, l'hémorrhagie devint si abondante que la ligature de la carotide primitive, jugée indispensable, fut aussitôt pratiquée ; malgré cela, le sang continua à couler encore en abondance pendant le reste de l'extirpation. Ewing note la même particularité.

M. Sédillot enleva une tumeur carcinomateuse de la parotide qui avait déjà été opérée trois fois. Il lia la carotide primitive, et pourtant, dit-il, les artères temporale, transversale de la face, maxillaire interne, auriculaire postérieure, donnèrent autant de sang que si la carotide primitive n'eût pas été liée.

Dans mon observation même, je fus obligé de lier la carotide externe après l'avoir divisée à sa partie supérieure vers la fin de l'opération.

J'irai plus loin, en citant un cas où la ligature de la carotide primitive eut si peu d'efficacité, que l'opération ne put même être continuée; l'observation appartient à Lizars. En décembre 1827, il tenta l'ablation totale du maxillaire supérieur pour enlever un sarcome médullaire de l'antre d'Hygmore, et fit d'avance la ligature de la carotide; mais il fut obligé de renoncer à l'entreprise, à cause de la disposition hémorrhagique de la gencive et du palais. Le malade, en effet, perdit en quelques secondes plus de deux livres de sang, qui coulait à chaque incision comme s'il se fût agi d'un anévrysme par anastomose.

Je ne crains donc pas, comme on le voit, de fournir des armes à mon honorable contradicteur. Mais peut-être aurait-il bien fait de citer aussi les faits opposés dans lesquels les opérateurs ont noté que, grâce à l'hémostase préliminaire, les malades avaient perdu très-peu de sang, et que la dissection avait été singulièrement facilitée par la minime quantité du suintement sanguin.

Dans l'observation qui m'est propre, j'ai opéré deux fois le même malade. Lors de la première opération, la tumeur avait le volume d'un œuf de poule; aucun rameau important ne fut ouvert. Dans la seconde, la tumeur était sept ou huit fois plus étendue. J'ai divisé toutes les branches supérieures de la carotide externe, et excisé le tronc même de cette dernière. Or, je puis affirmer que, grâce à la ligature préliminaire, je n'ai pas perdu plus de sang la seconde fois que la première.

Dire que la ligature préalable permet de faire l'opération à blanc serait une exagération dans laquelle je ne suis jamais tombé, et contre laquelle les faits protestent; mais dire, comme M. Sédillot, qu'elle ne sert à rien et que le sang coule aussi abondamment que si on n'avait pas lié le vaisseau, me paraît tout aussi hasardé. Admettre l'insuffisance de la précaution dans certains cas, c'est constater un fait évident; mais affirmer l'inutilité, c'est faire une hypothèse à laquelle je puis répondre par une autre hypothèse.

Vous avez lié la carotide, et cependant le sang a coulé en abondance. La tumeur était donc très-vasculaire et les anastomoses très-développées. Qui vous dit alors que sans l'opération préliminaire

vous n'auriez pas eu une hémorrhagie beaucoup plus formidable? Je donne ce raisonnement pour ce qu'il vaut, mais il vaut autant que celui auquel il répond.

M. Richet, qui n'est point tombé dans l'exagération, nous fait une concession précieuse. « La ligature préalable, dit-il, met à l'abri des *surprises hémorrhagiques*, c'est-à-dire de ces brusques jets de sang lancés à plusieurs mètres de distance, et qui effrayent tant quand on y est exposé pour la première fois. »

Or ces *surprises*, si elles sont causées par l'ouverture de la carotide interne et même de l'externe, sont toujours effrayantes, quelque sang-froid qu'on ait et tout rompu qu'on soit à la pratique des grandes opérations. Abstraction faite de la frayeur qu'elles causent, elles dépensent avec prodigalité le sang de l'opéré, et ont plus d'une fois forcé des chirurgiens très-habiles à lier sur-le-champ et consécutivement le tronc commun des carotides. L'écoulement qui se fait en dépit de la ligature préliminaire se fait, tout le monde est d'accord sur ce point, par récurrence, en d'autres termes, par le bout périphérique ; souvent le sang coule en nappe, parfois sous forme de jet. Mais n'est-il pas avéré qu'en dépit de la largeur des anastomoses, l'hémorrhagie par récurrence est infiniment moins rapide que l'hémorrhagie directe (ceci s'entend des hémorrhagies immédiates et non consécutives) ? Dans mon opération, j'ai divisé, près de l'oreille, le tronc de la carotide externe ; le sang a jailli par le bout périphérique, mais sous forme d'une arcade, sans pulsations, courbe et longue de quelques centimètres seulement.

De tout ceci je tire les conclusions suivantes, tirées de faits nombreux :

1° La ligature préliminaire, souvent efficace, a permis d'enlever des tumeurs énormes avec des pertes de sang presque insignifiantes;

2° Elle n'est pas toujours aussi efficace, les anastomoses versant le sang à la surface de la plaie, soit en nappe, soit en jet ;

3° L'hémorrhagie qui s'effectue par ce mécanisme est ordinairement médiocre et facile à surmonter.

J'avais dit, en rapportant les suites de mon opération, que les phénomènes inflammatoires locaux avaient été presque nuls, malgré la grande étendue de la plaie, que le traumatisme avait été aussi minime que possible, et j'avais attribué à la ligature préalable une large part dans cette marche si bénigne de l'opération. M. Richet, sans contester absolument cette influence favorable de l'interruption du cours du sang, et en l'admettant jusqu'à un certain point pour les artères des membres, par exemple, ne l'accepte que difficilement pour la ca-

rotide, dont l'oblitération, suivant lui, modifie à peine la circulation de la face et du cou. C'est là, dit-il, un point fort obscur, et l'absence d'accidents inflammatoires a besoin d'un surcroît de démonstration. Je ne laisserai pas cette objection sans réponse, et d'abord l'hypothèse n'est pas de moi. Stedeman, puis Valentino Mott l'ont déjà formulée, puis les faits parlent dans le même sens. Il est incontestable que les plaies ou les inflammations sont très-avantageusement modifiées par la ligature et la compression indirecte pratiquées au-devant du foyer inflammatoire ou traumatique. Je ne vois pas pourquoi on en excepterait les cas où il s'agit de la carotide, quand on voit la ligature de cette artère guérir ou pour le moins atténuer les tumeurs érectiles de la face et du cuir chevelu, atrophier ou rendre stationnaires des tumeurs diverses siégeant dans les mêmes points, ce qui démontre, ce me semble, contrairement à l'opinion de M. Richet, que la circulation de la tête est très-notablement influencée par l'occlusion du vaisseau.

Enfin, pour rester étroitement dans les limites du sujet, comment ne pas être frappé de la rapidité de la cicatrisation, de l'absence de toute complication locale, expressément notées dans presque toutes les observations où la ligature préliminaire a été pratiquée? S'il n'y a là qu'une simple coïncidence, elle est bien remarquable et bien digne de fixer l'attention. Pour moi, j'y vois autre chose, et si vingt observations sont insuffisantes pour entraîner la conviction, elles sont au moins susceptibles de légitimer une hypothèse présentée d'ailleurs avec réserve.

La conclusion que M. Richet tire de cette première argumentation est que les avantages de la ligature de la carotide se réduisent à peu de chose, et il passe alors à l'énumération des inconvénients et des dangers. Je vais le suivre également.

Notre collègue revient sur les accidents opératoires, tels que blessure du pneumo-gastrique, du grand sympathique, de la veine jugulaire ; accidents survenus en des mains si exercées, qu'il faut en tenir compte. J'avais déjà répondu à ce reproche, mais puisque M. Richet y revient, je répliquerai en d'autres termes et j'invoquerai un autre ordre d'arguments.

Si la blessure d'organes importants s'observe dans une opération réglée comme la ligature de l'artère carotide, elle est encore bien plus à craindre dans le cours de l'extirpation, alors que le sang coule de toutes parts, inonde la plaie, masque tous les tissus et pousse le chirurgien à se hâter. Je crois qu'en pareil cas le pneumo-gastrique, le grand sympathique, la veine jugulaire sont bien plus exposés encore à

un coup de bistouri malencontreux ou à des tiraillements et des violences tout aussi funestes.

Dans quelques observations de ligature préliminaire, je vois que le chirurgien n'étant pas gêné par le sang et rassuré sur le danger de l'hémorrhagie, a pu procéder lentement, reconnaître les nerfs susdits, les isoler par une dissection attentive et les respecter sans peine. Moi-même, abordant la région délicate du nerf facial, j'ai pu, comme l'attesteront ceux de mes collègues qui m'ont assisté, disséquer ce nerf et ses expansions principales presque comme à l'amphithéâtre, car la plaie étant exsangue en ce moment, les cordons nerveux blancs et noirs étaient très-faciles à reconnaître; aussi l'opéré en a été quitte pour la paralysie incomplète d'un très-petit nombre de filets faciaux.

Ainsi, de part et d'autre, il y a donc avantage et inconvénient, et, le moins qu'on puisse accorder, c'est que les uns et les autres se contre-balancent.

Arrivons à d'autres dangers de la ligature préliminaire. M. Richet commence par l'hémorrhagie consécutive, qui se montre à la surface de la plaie. J'avais dit et je maintiens que cet accident est à peu près inconnu après les ligatures préliminaires. Pour prouver qu'il s'appuie sur des faits et non sur la théorie, M. Richet cite deux cas d'hémorrhagies consécutives qui se sont reproduites en dépit de la ligature de la carotide primitive, et qui ont enlevé les malades; mais ces cas ne sont nullement comparables à ceux que nous étudions, et je ne puis les accepter comme concluants. Il s'agissait, en effet, de plaies d'armes à feu datant de plusieurs jours; ces hémorrhagies consécutives étaient survenues spontanément. La ligature ne fit que les suspendre et n'empêcha pas leur retour, ce qui n'a rien de surprenant. Je ne vois guère d'analogie entre les ligatures préliminaires et les ligatures qu'on oppose tardivement, et des hémorrhagies consécutives, le plus souvent symptomatiques, comme on le sait, d'un état général grave. Je récuse donc complétement les exemples choisis par mon collègue.

M. Richet fait à la ligature préliminaire une objection plus radicale encore, et qui trancherait bien vite la question si elle était encore irréfutable. Il ne s'agit plus des inconvénients ou des dangers, mais de l'inutilité de cette pratique. A quoi sert, en effet, de prendre tant de précautions, si les moyens ordinaires d'hémostase usités dans le cours des opérations sanglantes permettent toujours au chirurgien de se rendre maître du sang? Ces moyens sont la ligature successive des branches artérielles divisées, la compression dans la plaio ou la compression à distance sur le tronc de la carotide, le tamponnement avec ou sans liquide hémostatique, la cautérisation au fer rouge.

Que notre collègue ait pu se contenter jusqu'ici de ces ressources classiques, je n'en suis point étonné ; que dans la pluralité des cas elles soient très-suffisantes, je le reconnais et l'ai reconnu depuis le commencement de la discussion. Mais ce que je nie, c'est qu'ils aient été et qu'ils puissent être efficaces dans tous les cas; et ici, je reproche encore à M. Richet de chercher ses preuves de fait en dehors du point spécial qui nous occupe.

Dans les cas qu'il emprunte à Larrey, à Anel, à Van Home (je n'accepte pas le fait d'Hebenstreit, que M. Richet a cité sans doute par mégarde, puisqu'on fut précisément obligé de lier la carotide primitive pour une hémorrhagie formidable survenue dans le cours d'une extirpation de tumeur du cou), on avait affaire à des plaies du cou et non point à des ablations de tumeurs ; et par parenthèse, si la compression directe donnait dans les plaies cervicales des résultats assurés, notre collègue n'aurait pas lié la carotide comme il a été forcé de le faire.

Mais il est aisé de démontrer que dans l'ablation des tumeurs, les moyens ordinaires peuvent échouer. Carmichaël enlève une tumeur volumineuse de la région parotidienne ; il avait pensé à lier d'avance la carotide; mais il se contente de la découvrir pour la comprimer ou en faire la ligature au besoin. Lorsqu'elle est assez isolée pour permettre à un aide de glisser les doigts jusqu'à elle, il procède aux autres temps de l'opération... La tumeur détachée dans la plus grande partie de son étendue, tient encore par un prolongement dans l'épaisseur duquel bat une artère assez volumineuse. M. Todd se tenait prêt à comprimer la carotide. On fait la section du prolongement, aussitôt paraît un flot de sang. La compression que M. Todd exerçait de toutes ses forces sur l'artère carotide ne parvenait pas à arrêter l'hémorrhagie ; le danger devenait imminent, et il n'y avait pas une minute à perdre. M. Colles fit alors la compression directe avec une éponge ; en fragmentant la tumeur, on parvint à lier le vaisseau divisé et à terminer l'opération en arrachant et en liant la portion restante de la tumeur.

Warren tente l'extirpation d'une tumeur de la thyroïde ; arrivé à la corne supérieure de cette glande, il divise la thyroïdienne supérieure : le sang coule en abondance. La position de l'artère était si profonde qu'il fut impossible de la saisir dans l'intervalle des muscles ; comme la gaîne de la carotide était à découvert, Warren se décide à lier ce vaisseau. Un mois après, le malade quittait l'hôpital.

Scott enlève une tumeur de l'os maxillaire supérieur ; un aide comprime la carotide primitive ; incision et dissection de la joue : hémorrhagie profuse par la faciale et les petites branches environnan-

tes. On pratique les ligatures, et on fait la compression dans la plaie. Malgré cela, il fut encore nécessaire de lier la carotide pour pouvoir achever l'opération.

Voici donc trois cas qui prouvent l'insuffisance des moyens ordinaires. Dans le premier, la compression, faite immédiatement sur la carotide divisée, n'arrête pas le sang ; dans le second, la disposition anatomique de la région rend la ligature directe impossible ; dans le troisième,, compression préalable, compression dans la plaie, ligatures directes, tout reste insuffisant. De plus, en faisant mon enquête, j'ai trouvé d'autres faits qui plaident dans le même sens ; ce sont ces cas où une extirpation, commencée à l'ordinaire, provoqua une telle hémorrhagie que, séance tenante, on crut indispensable de lier la carotide primitive ; puis ceux où une ligature d'attente ayant été placée au début dut être serrée dans le cours de l'opération.

Ces observations, empruntées à V. Mott, Bauer, Huguier, Luzenberg, Chassaignac et au chirurgien cité par Hebenstreit, jointes aux cas cités plus haut, ont une signification importante. N'indiquent-elles pas l'impuissance évidente des moyens ordinaires en certains cas ; et si l'on avait pu prévoir d'avance les péripéties de l'opération, la ligature préalable n'aurait-elle pas mieux valu que la ligature intercurrente ?

J'attends de M. Richet une réfutation de ces faits, qui, d'après moi, prouvent que l'opération préliminaire peut être à l'occasion parfaitement justifiée.

Notre collègue termine par une sorte de fin de non-recevoir. Il admet que dans certains cas la ligature préliminaire peut être faite ; mais il ajoute que ces mêmes cas ne doivent pas être opérés. Condamner l'acte fondamental, c'est proscrire naturellement l'acte préparatoire. Suivre M. Richet sur ce terrain ferait dévier totalement la discussion, car il faudrait débattre les indications et contre-indications opératoires dans les cas presque désespérés, et décider (question si délicate et si épineuse) si on doit abandonner à une mort certaine et pleine de tortures les malades très-gravement affectés, ou tenter encore quelque chose pour leur guérison ou leur soulagement.

Au lieu de nous lancer dans de telles généralités, nous ferions mieux d'examiner une à une les observations publiées, de condamner celles-ci, de justifier celles-là, et de chercher enfin nos conclusions et nos convictions non dans quelques cas isolés, mais dans la masse totale de ceux qui sont connus.

Je me suis livré à ce travail critique, et je vais vous en exposer les résultats. J'abandonne donc les raisonnements et les arguments puisés hors du sujet pour leur substituer le simple tableau des faits.

Si je m'en rapportais aux citations nominales et même aux indications bibliographiques qu'on trouve dans les livres, le nombre des ligatures préliminaires de la carotide primitive serait déjà considérable et approcherait de la cinquantaine. Mais j'ai constaté tant d'erreurs dans le cours de mes vérifications, que je crois prudent de n'utiliser que les faits précis pour lesquels j'ai consulté les originaux; encore plusieurs d'entre eux sont-ils rapportés avec une omission regrettable.

Quoi qu'il en soit, l'opération a été pratiquée dans les conditions les plus variées ainsi réparties : *Extirpation de la parotide* : Goodlad, Stedeman, Fouilloy, Lugenberg, Maisonneuve, Chassaignac, Sédillot, Beck, Richard et moi-même. — *Tumeurs diverses du cou* : V. Mott, Gibson, Warren (2 cas), Ewing, Hebenstreit, Bauer, Huguier. — *Goître* : Warren. — *Cancer de l'amygdale et du pharynx* : Michaux, Chassaignac. — *Tumeur du maxillaire supérieur* : Lizars, Scott, Adelmann. — *Désarticulation de la mâchoire inférieure* : V. Mott (4 cas), Gibson, Mayor, Graef. En tout 31 cas. A la vérité, six de ces faits (Mott, Warren, Hebenstreit, Bauer, Huguier, Scott), forment une catégorie particulière. La ligature de la carotide n'avait pas été décidée à l'avance ; elle fut faite séance tenante, par nécessité et en raison de l'abondance extrême de l'écoulement sanguin. Ce sont donc des *ligatures intercurrentes*. Quoique spécieux sous ce rapport, ces faits m'ont paru pouvoir être réunis sans inconvénient à ceux de la première série, dans un tableau général, servant à apprécier la gravité intrinsèque de l'oblitération carotidienne envisagée comme épiphénomène opératoire. Il est clair, en effet, qu'au point de vue du pronostic peu importe que l'artère ait été liée avant ou après le premier coup de bistouri de l'extirpation (1).

En revanche, j'ai cru devoir laisser de côté les faits de ligature d'attente *non serrée*, qui ont été publiés par Roux, Manne, Vel-

(1) Les faits qu'à mon grand regret je ne fais pas entrer en ligne de compte faute de détails ou de vérifications, sont attribués à Cogswell, Awl, Lizars, Brest, Schipman, Seutin, Regnoli, Roux, Kuhl, Dzondi, Earle, Tutbill, Gunthner. J'espère en retrouver un certain nombre, mais quelques-uns m'échapperont sans doute, car ils se trouvent dans des recueils que nous ne possédons pas à Paris, entre autres la fameuse statistique de Norris (*American Journal*, 1847), qu'il m'a été impossible de consulter. Ceux de mes confrères qui pourraient me signaler des omissions ou me faire parvenir des détails sur les faits précédents, rendraient service à la science, car en pareille discussion la multiplication des cas éclairerait beaucoup le problème.

peau, etc. Ils devraient être étudiés dans un travail plus complet et à titre de comparaison ; sur les trois cas précédents, deux ont eu une terminaison funeste.

Argumentons sur nos 31 cas : je note à part celui de Lizars, où, malgré la ligature de la carotide, qui du reste n'entraîna aucune suite fâcheuse, l'opération fondamentale ne put être faite.

Puis un autre de Warren, où des accidents cérébraux n'empêchèrent point la guérison définitive, et je trouve vingt cas où la ligature préliminaire a eu un plein succès en tant qu'opération et n'a amené aucun accident grave. Plusieurs malades ont été radicalement guéris ; d'autres ont succombé plus tard à des récidives du mal ; mais l'occlusion carotidienne n'y fut évidemment pour rien. En somme, voici donc 22 faits où l'on n'a pas eu à se repentir d'avoir pratiqué la ligature préliminaire ou intercurrente.

Neuf fois, au contraire, les opérés ont succombé dans un délai assez rapproché, mais il serait injuste d'en rendre toujours responsable l'opération hémostatique. Quatre fois (Adelmann, Ewing, Gensoul, Richard) la mort eut de tout autres causes. Restent cinq revers à examiner. La rapidité, l'intensité avec lesquelles les accidents cérébraux se développèrent chez les opérés de Scott et de M. Maisonneuve, ne laissent aucun doute sur l'influence fatale de la ligature. La malade de M. Chassaignac succomba sans troubles nerveux ; elle présenta des signes d'infection purulente et des lésions thoraciques qu'on peut attribuer à la division du pneumo-gastrique, division dont la ligature est assez directement responsable. Le malade de Mott eut aussi des accidents thoraciques, qu'on peut attribuer, soit à la ligature (si l'on pense avec M. Maisonneuve qu'elle prédispose à la formation d'abcès dans le médiastin), soit au seul fait de l'extirpation de la tumeur du cou. Cette opération paraissait causer assez fréquemment une complication semblable, comme M. Morel-Lavallée vient d'en donner à l'instant même une nouvelle preuve. Reste enfin le cas de M. Sédillot, qui est fort complexe. On lie primitivement la carotide, et on extirpe la tumeur parotidienne. Tout allait pour le mieux, lorsque, par mégarde, en faisant un pansement, on tire sur le fil de la ligature ; une hémorrhagie considérable survient, puis apparaissent des symptômes graves, et, entre autres, une hémiplégie, et enfin la mort. A l'autopsie, méningo-encéphalite très-marquée du côté de la ligature, puis d'autres lésions qu'il faut rapporter à l'infection purulente.

Certainement la ligature a eu sa part dans cette terminaison, mais l'hémorrhagie secondaire y a joué de son côté un rôle important, ainsi que l'infection purulente ; tout allait si bien quand le premier de

ces accidents est arrivé qu'on pouvait compter sur un autre résultat. A la vérité, pour inculper l'opération préliminaire, on pourra dire que si elle n'avait pas été faite on n'aurait pas tiraillé le fil, et qu'alors on n'aurait pas eu d'hémorrhagie. Toujours est-il que plusieurs causes, et non la ligature seule, ont contribué à ce revers.

On voit donc que sur neuf cas terminés par la mort deux seulement sont du fait de la ligature. Dans trois autres, il y a eu association de causes fatales. Pour éviter toute apparence d'argutie, mettons ces cinq revers au compte de l'opération préliminaire, ajoutons les quatre décès par cause étrangère, et nous avons neuf morts pour trente et une opérations, soit 29 pour 100. Certainement la proportion de mortalité est considérable; mais notons bien qu'il s'agit non pas de faits ordinaires pris au hasard, mais d'une série de cas particulièrement très-graves pour la plupart. Ce sont des tumeurs énormes, ou très-vasculaires, ou très-profondes, ou déjà récidivées; quelques-unes envahissaient ou refoulaient les parois du pharynx, et par conséquent étaient avec la carotide interne dans des rapports immédiats impossibles à préciser d'avance. D'après la déclaration qu'il a faite, M. Richet, s'il se fût décidé à les opérer, aurait le plus souvent pratiqué lui-même la ligature. Plusieurs de ces cas, et le mien en particulier, étaient réellement inopérables sans le prologue en discussion; il aurait fallu laisser mourir les patients. On a tenté à leur profit une ressource extrême; quelques-uns y ont succombé, d'autres s'en sont bien trouvés, et c'est le plus grand nombre.

En effet, dans de telles circonstances, arracher à la mort prochaine vingt malades, ou pour le moins prolonger leur vie et atténuer leurs souffrances, être utile enfin à ces malheureux dans une proportion de 70 pour 100, n'est pas chose à dédaigner, et surtout quand on constate que dans les cas heureux les suites opératoires ont été presque toujours de la plus grande simplicité, que la cicatrisation a été prompte, qu'il n'y a pas eu d'hémorrhagies consécutives notables, et que sur ce nombre de trente et une opérations pratiquées sur la face et le cou, on n'a observé qu'un érysipèle bénin qui n'a pas empêché la guérison.

En rejetant la ligature préalable, si utile pendant l'opération elle-même, aurait-on perdu moins de malades? En vérité, je ne saurais le croire.

Pour ma part, après de longues réflexions et l'esprit dégagé de tout parti pris, je suis disposé à formuler les conclusions suivantes :

1° La ligature préliminaire des carotides doit être conservée et appliquée dans les cas exceptionnellement graves;

2° Dans les cas où l'on pourra craindre la blessure de la carotide interne, il faudra lier d'emblée la carotide primitive ;

3° Dans le cas contraire, on se contentera de lier la carotide externe, toutes les fois que la disposition des parties le permettra.

4° La ligature de la carotide primitive, par elle-même, expose à des dangers sérieux, mais elle présente des avantages indéniables : elle rend possibles et même relativement faciles des opérations presque impraticables sans elle ;

5° Il faut la juger à ce double point de vue et à la manière de toutes les opérations préliminaires qui, attaquant, mutilant ou sacrifiant des organes sains, offrent toujours une certaine somme d'inconvénients et de périls intrinsèques.

6° La lecture attentive des observations permet de condamner un certain nombre de ces opérations, mais les justifie ploinement pour la plupart.

J'ai parlé de cas exceptionnels, c'est une expression vague que je vais essayer de préciser en énumérant sommairement les indications suivantes :

1° Volume énorme de la tumeur ;

2° Vascularité très-grande ;

3° Adhérences solides et larges dans des régions anfractueuses et profondes, rendant l'énucléation impossible et l'emploi continu de l'instrument tranchant indispensable ;

4° Rapports multiples avec des organes importants, dont la lésion serait rendue probable si le sang masquait les parties et forçait le chirurgien à se trop hâter ;

5° Affaiblissement, anémie considérable du sujet, rendant dangereuse toute grande perte de sang.

On comprend bien que devant chaque cas particulier toutes ces indications générales devront être discutées et pesées avec soin, et que jamais on ne devra lier la carotide dans le seul but de faciliter seulement l'opération. Pour justifier *ce grand remède*, il faut nécessairement avoir à combattre *un grand mal.*

C'est en général dans les cas de cancer, et dans les tumeurs parotidiennes en particulier, que la ligature préalable trouvera son emploi ; mais lorsque les conditions énoncées plus haut se retrouveront dans les régions profondes de la face ou du cou, il faudra suivre les mêmes errements, abstraction faite de la nature du mal et de sa situation topographique.

Quel que soit le jugement que mes collègues portent sur mes conclusions, j'ai l'espoir que cette discussion ne sera pas sans utilité, et qu'on me pardonnera l'insistance que je mets à la poursuivre.

— M. GUYON lit un travail sur la ligature de l'artère carotide externe. (Renvoi à une commission composée de MM. Dolbeau, Morel et Verneuil.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 28 octobre 1863.

Présidence de M. DEPAUL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Desormeaux dépose sur le bureau une observation de résection du coude, adressée par M. Lasserre, de Montauban. (Renvoyé à M. Desormeaux.)

— M. Lefort lit un mémoire *sur la mortalité après la ligature de la carotide primitive.* (Commission composée de MM. Houel, Desormeaux et Richet.)

— M. FLEURY (de Clermont) communique l'observation suivante :

Polype fongueux (cancéreux) s'étendant à l'arrière-gorge, à la narine droite, pénétrant dans la cavité orbitaire, dans le sinus sphénoïdal, et perforant la base du crâne après avoir détruit le corps du sphénoïde.

Le nommé L..., âgé de vingt ans, est né à Paslières, arrondissement de Thiers, où il exerce la profession de coutelier.

Ce jeune homme prétend n'avoir jamais été malade; il a cinq frères ou sœurs qui jouissent tous d'une bonne santé, et il n'a jamais entendu dire qu'aucun membre de sa famille ait été atteint de l'affection qui le conduit à l'hôpital.

Au mois de juillet dernier, il ressentit des douleurs violentes au côté droit de la face, et, au bout de quelques jours, il s'aperçut d'un léger gonflement au niveau de l'aile du nez du même côté.

Un médecin qu'il alla consulter à Thiers, lui conseilla d'appliquer un petit vésicatoire à la tempe. Ce remède n'eut aucun effet. Le gonflement s'étendit au front, et dans les premiers jours de septembre l'œil droit commença à s'affaiblir et à sortir de la cavité orbitaire. En

même temps, la narine correspondante cessa de livrer passage à l'air.

L... se décida alors à entrer à l'Hôtel-Dieu de Clermont, où il fut reçu le 17 septembre 1863.

La joue droite est le siége d'un léger gonflement, qui commence au niveau de l'aile du nez pour gagner la commissure des lèvres.

L'œil droit, qui ne présente aucune lésion appréciable, est complétement perdu; la pupille est immobile; il fait à la base de l'orbite une saillie considérable, qui paraît poussée de haut en bas et de dedans en dehors.

Au niveau du sinus frontal existe une tuméfaction molle au toucher, sans changement de couleur à la peau, légèrement fluctuante.

La narine droite est entièrement obstruée par une tumeur molle, d'un gris rougeâtre, qui saigne pour peu qu'on la touche.

La bouche est libre, la voûte palatine intacte; mais, en glissant le doigt derrière le voile du palais, on sent une fongosité analogue à celle qui obstrue la narine.

La céphalalgie est continuelle et assez intense pour priver le malade de sommeil.

Les fonctions digestives sont assez bien conservées, aussi le malade a-t-il encore un certain embonpoint. — Demi-portion; opium à l'intérieur; chloroforme associé au baume tranquille et au laudanum, en application sur le front.

La rapidité avec laquelle s'est développée cette tumeur, la tendance qu'elle présente à envahir les principales cavités de la face, excluent l'idée d'une opération sanglante. Un traitement palliatif est d'abord mis en usage, sauf à voir ce qui adviendra. Mais bientôt un écoulement sanguinolent se fait par la narine droite et l'arrière-gorge.

Le 25, un érysipèle se déclare au visage. La peau est rouge, lisse et tendue; la tumeur, qui fait saillie au-dessus de la racine du nez, se perfore, et il s'échappe par l'ouverture une sanie purulente d'une odeur excessivement fétide.

Le malade est en proie à une fièvre ardente; la soif est vive, mais la déglutition difficile.

Ces accidents vont en augmentant jusqu'au 2 octobre, mais bientôt des symptômes de compression se déclarent, ils persistent jusqu'à la mort sans délire manifeste.

L... succombe le 5.

Autopsie pratiquée le 6. — La section de la peau du front donne issue à un écoulement de pus abondant, qui s'échappe au-dessus de la racine du nez par des ouvertures creusées au niveau de la bosse frontale moyenne du coronal.

Après avoir achevé la section des os du crâne, et incisé la dure-

mère qui recouvre les hémisphères du cerveau, on remarque, en relevant les lobes antérieurs au niveau de la lame carrée de l'ethmoïde, une tumeur molle, d'un gris noirâtre, qui soulève la dure-mère et qui pénètre, après avoir détruit les masses latérales de cet os, dans les fosses nasales, ou plutôt qui provient de ces cavités et qui a pénétré dans le crâne par une large ouverture qui existe à la place du corps du sphénoïde ; la partie de la base du cerveau qui correspond à cette tumeur est déprimée ; c'est cette compression qui a déterminé pendant les derniers jours l'état de coma qui a précédé la mort.

Les vaisseaux des parties environnantes ne présentent pas une injection notable ; il n'existe aucune trace de méningite, mais un ramollissement de la substance cérébrale, au centre de laquelle est placée la dépression déterminée par la tumeur.

Après avoir divisé la face sur la ligne médiane, je cherche à reconnaître le point d'origine du polype et sa surface d'implantation ; mais les désordres sont portés si loin, l'inflammation en a tellement altéré le tissu, que je ne puis y parvenir ; il a même été nécessaire, pour ménager les os, de soumettre la pièce à l'ébullition, pour la débarrasser des parties molles qui pénétraient dans toutes les anfractuosités de la base du crâne.

L'ethmoïde est détruit en totalité ; c'est par cette large perte de substance que la tumeur arrive dans l'orbite et à la base du crâne.

La partie moyenne et inférieure du coronal est perforée par le pus, qui, après avoir détruit le tissu spongieux de l'os, est arrivé sous la peau du front, après avoir traversé la lamelle de tissu compacte qu'elle recouvre ; c'est dans ce point qu'était perçue pendant la vie cette tumeur fluctuante que l'on sentait à la racine du nez.

La paroi antérieure du sinus sphénoïdal est largement ouverte et la masse fongueuse en occupe toute la cavité.

Les parois supérieure et postérieure sont criblées de petites ouvertures qui pendant la vie devaient donner passage à du pus.

Le sinus frontal, largement ouvert, communique avec la cavité du crâne.

Des stalactites osseuses s'observent à la paroi supérieure et interne de l'orbite, sur les petites ailes du sphénoïde, au niveau de la bosse frontale moyenne. Il semble que la nature ait voulu chercher à réparer par un travail d'ossification les désordres qui se produisaient sur d'autres parties.

Suite de la dissussion sur la ligature préalable des artères.

M. GIRALDÈS. J'ai écouté l'argumentation de M. Verneuil avec la plus grande attention, et j'ai remarqué que les citations ne sont pas

groupées comme elles devraient l'être, il y en a quelques-unes qui ne sont pas exactes. Ainsi, il y a trois faits qu'il nous a donnés comme des faits de ligature préalable et dans lesquels la ligature n'a été faite que pendant l'opération, et dans un cas, on a même fait la ligature des veines jugulaires. Ces trois cas ne doivent pas rentrer dans les faits de ligature préalable. Il est arrivé en outre que la ligature a singulièrement compliqué l'opération.

Ainsi, dans une observation, on voit qu'il n'a pas fallu moins de cinquante-cinq minutes pour lier l'artère. En outre, la ligature préalable n'est pas toujours à l'abri de l'hémorrhagie. Enfin, il ne faut pas oublier que le plus souvent, quand on a enlevé une tumeur du cou, l'opérateur a pu se rendre maître de l'hémorrhagie.

M. VERNEUIL. Je répondrai à M. Giraldès que j'ai prévenu son objection, car j'ai parlé des ligatures intercurrentes. J'ai, en outre, les hémorrhagies survenant après la ligature ; enfin, j'ai eu soin de remarquer que les cas de ligature préalable devaient être exceptionnels. Je n'ai donc méconnu aucune des objections de M. Giraldès.

M. RICHET. La Société est fatiguée sans doute d'une discussion qui dure depuis plusieurs semaines ; je ferai donc en sorte d'être bref, tout en suivant M. Verneuil dans son argumentation.

Relevant les cas de ligature préalable de la carotide, notre collègue en a rassemblé 32, dont les observations sont publiées avec assez de détail pour que l'on puisse les discuter et en tirer des conclusions. Sur ces 32 cas, il y a eu 9 morts que l'on peut attribuer à l'une des deux opérations pratiquées, c'est-à-dire soit à l'opération préalable, soit à l'opération définitive, puisque les malades ont succombé avant que les plaies fussent cicatrisées et tous avant un mois écoulé depuis l'opération.

M. Verneuil s'est livré à une discussion approfondie, je dirais presque à une dissection de ces observations, pour prouver que dans quatre cas la mort ne pouvait être attribuée à la ligature de la carotide ; tandis que dans les cinq autres on pouvait regarder cette opération comme ayant contribué au dénoûment fatal ; et encore, pour deux de ces cas, pour celui de M. Chassaignac et celui de M. Sédillot, notre collègue a, on se le rappelle, fait tous ses efforts pour innocenter la ligature préalable.

Sur ce dernier point je ne puis partager son avis, et, par exemple, comment admettre que le malade de M. Sédillot n'a point succombé aux conséquences de la ligature préalable de la carotide primitive, quand on le voit frappé d'hémiplégie au neuvième jour de l'opération ? Je sais bien que M. Verneuil nous dit qu'en faisant le pansement on

a maladroitement tiré sur la ligature, et qu'une hémorrhagie s'en était suivie : la mort a bien pu arriver par le fait de cette perte de sang. Mais à cela je répondrai qu'une hémorrhagie peut bien mettre les jours d'un opéré en danger et même le faire périr, mais qu'on ne l'a jamais vue déterminer une hémiplégie ; tandis qu'au contraire on a noté nombre de fois cet accident après la ligature de la carotide primitive, qu'il peut survenir, ainsi que le démontre le travail de M. Lefort, lu dans la séance dernière, tantôt primitivement et immédiatement après l'opération, tantôt consécutivement, c'est-à-dire deux, trois, quatre jours après et quelquefois même beaucoup plus tard, un mois par exemple. J'admettrais donc volontiers que l'hémorrhagie a pu aggraver les accidents cérébraux suites de la ligature, et hâter la mort en augmentant encore cette anémie des centres nerveux qu'on a supposée en être la cause principale ; mais je ne puis concéder davantage. Je me crois donc en droit de dire que le malade de M. Sédillot comme celui de M. Chassaignac d'ailleurs sont bien morts du fait de la ligature de la carotide.

Nous trouvons donc sur 32 cas de ligature préalable de cette artère 5 cas de mort survenus par le fait de cette opération préliminaire, soit 1 sur 6, ce qui me paraît considérable, surtout si l'on considère qu'il s'agit d'une opération destinée à simplifier et faciliter une autre opération.

Or ce résultat, quelque alarmant qu'il soit déjà, me paraît encore au-dessous de la réalité, d'abord parce que l'on ne publie pas tous les faits de mort et d'insuccès, ainsi que l'a fort bien établi M. Verneuil, répondant au reproche que je lui faisais de ne point apporter d'observations prouvant qu'un malade pouvait mourir d'hémorrhagie pendant l'extirpation d'une tumeur de la face ; puis, aussi, parce qu'en compulsant les annales de la science et particulièrement en consultant l'excellent travail de M. Lefort, on arrive à un chiffre de mortalité beaucoup plus élevé.

Que voit-on, en effet, dans le résumé de M. Lefort ? Que sur 241 cas de ligature de la carotide pratiquée pour blessures, anévrysmes ou autres lésions, 73 fois il y a eu des accidents plus ou moins sérieux du côté de l'encéphale, et que dans ces 73 cas d'accidents, 54 fois la mort est survenue. D'où il suit que sur 241 cas de ligature de la carotide, 54 fois la mort a eu lieu par le fait de la modification apportée dans la circulation cérébrale, ce qui donne une mortalité de 1 sur 4.

Ainsi, tandis que la mortalité dans le cas de ligature préalable de la carotide primitive ne serait, d'après le relevé de M. Verneuil, que de 1 sur 6, celle de la ligature de la même artère tentée pour arrêter

une hémorrhagie, guérir un anévrysme, ou dans un autre but, serait de 1 sur 4.

N'est-il pas évident que la statistique de la ligature préalable n'est pas complète ; ou, si elle l'est, n'en faut-il pas conclure qu'on est tombé sur une série favorable ? Car, comment pourrait-on soutenir, par exemple, que la ligature de la carotide sera moins grave lorsqu'elle sera suivie d'une autre opération sérieuse, que quand elle sera pratiquée seule ?

N'est-il pas probable, au contraire, que l'anémie cérébrale aura bien plus de chance de s'établir dans le premier cas que dans le second, par suite de la déperdition du sang qu'entraînera nécessairement l'opération consécutive à la ligature de l'artère ?

Il me paraît donc logique de conclure que, s'il n'y a eu que 5 morts sur 32 opérés après la ligature préalable, il est à craindre qu'à l'avenir la mortalité ne soit plus considérable, qu'elle n'atteigne, par exemple, le chiffre de 1 sur 4, comme dans le cas de ligature simple de la carotide, si même elle ne le dépasse.

Voilà certes une opération préliminaire qui peut passer pour meurtrière, si je ne m'abuse. Je n'hésite donc pas à la repousser comme pratique générale, et à déclarer qu'elle doit être réservée pour des cas exceptionnels.

Mais quels sont ces cas ? Telle est la question que M. Verneuil me sollicite d'aborder. Comme lui, je pense que là est effectivement le côté pratique de la question ; mais nous n'avons malheureusement pas, je crois, les éléments nécessaires pour la résoudre. Néanmoins j'ai déjà essayé de poser quelques indications, et j'ai dit, par exemple, que toutes les fois que dans une opération pratiquée dans la région parotidienne on pouvait craindre de léser la carotide interne, il était prudent, en raison de la profondeur de la plaie et du calibre de ce vaisseau, de se demander s'il ne faudrait pas faire la ligature préalable de la carotide primitive, ou tout au moins y placer une ligature d'attente. J'ai dit encore que dans certaines tumeurs très-vasculaires, comme sont les cancers de la parotide, il faudrait aussi recourir à cette opération préliminaire. Mais j'ai ajouté que, quant à moi, l'expérience m'avait fait renoncer à ces extirpations, que je regarde comme très-dangereuses et sujettes, presque à coup sûr, à récidive. A part ces deux cas, je ne crois pas qu'il soit possible de poser des indications positives, et qu'il faut s'en rapporter à la sagacité du chirurgien.

Un mot encore, et je termine, car j'ai à cœur de réfuter une objection qui s'est produite. On a dit : Mais puisque c'est la ligature de la carotide primitive qui donne lieu aux accidents cérébraux en trou-

vant la circulation encéphalique, pourquoi ne pas lier simplement la carotide externe? On éviterait ainsi ces accidents, et on se mettrait en garde contre l'hémorrhagie.

Sans doute cette idée est séduisante au premier abord; mais en y réfléchissant, on ne tarde pas à reconnaître que cette ligature de la carotide externe, si elle est moins dangereuse que celle de la primitive, est tout à fait inefficace et le plus souvent impossible à mettre à exécution.

Ainsi elle est inefficace, car elle ne met en garde que contre les hémorrhagies qui proviennent des branches de cette artère, et encore il en est deux, la linguale et la thyroïdienne supérieure, qui viennent si près du point de bifurcation des deux carotides interne et externe qu'il est dans la plupart des cas impossible de placer le fil au-dessous de leur point d'émergence. On ne pare donc qu'aux hémorrhagies qui proviennent des branches supérieures, c'est-à-dire de la faciale, de l'occipitale, de l'auriculaire, de la temporale et de la maxillaire interne. Or l'écoulement de sang qui résulte de la blessure de ces artères ne saurait effrayer sérieusement un chirurgien habitué aux opérations, et on pourra toujours les lier au moment où on les aura intéressées. A quoi il faut ajouter que la ligature préalable de la carotide externe ne remédiera pas à l'hémorrhagie en retour, à celle qui a lieu par le fait des larges anastomoses des deux carotides externes entre elles, et qu'on sera encore obligé de faire de nombreuses ligatures, malgré le fil qu'on aura placé d'avance sur le tronc principal. D'ailleurs, n'est-il pas évident que par cette ligature de la carotide externe on ne se met nullement en garde contre le véritable danger, la blessure du tronc carotidien interne?

Mais ce qui frappe surtout de nullité cette opération préliminaire, c'est la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, de l'exécuter dans les seuls cas où elle serait utile, c'est-à-dire dans les tumeurs volumineuses de la face ou du cou qui envahissent la région sus-hyoïdienne. Je n'en veux d'autre preuve que ce qui s'est passé dans le cas de M. Verneuil. Vous avez entendu notre collègue vous dire qu'il avait d'abord cherché à lier la carotide externe, mais qu'il avait dû bientôt y renoncer, et recourir à la ligature de la primitive à cause des prolongements que la tumeur envoyait vers la région du cou et qui embrassaient la naissance de cette artère. C'est encore ce qui avait lieu dans les observations déjà citées de Goodlad et de Fouilloy. De deux choses l'une, en effet : ou la tumeur est petite et reste limitée à la région faciale ou parotidienne, laissant la possibilité d'atteindre la carotide externe à sa naissance, ou elle est volumineuse et descend jusque dans la région sus-hyoïdienne recouvrant la bifurcation des troncs

carotidiens : dans le premier cas, la ligature préalable de la carotide externe est inutile, car l'extirpation de la tumeur ne saurait offrir de danger d'hémorrhagie ; dans le second, elle est très-difficile, pour ne pas dire impossible.

Telles sont les raisons qui me paraissent devoir faire rejeter la ligature préalable de la carotide externe.

M. CHASSAIGNAC. Dans son argumentation, M. Richet a établi les indications des ligatures préalables ; ce sont celles que j'ai suivies, et ma conduite est ainsi justifiée. Dans un cas de cancer du pharynx qui enveloppait l'artère carotide, j'ai passé un fil sous l'artère avant l'opération. Je pense que l'on devrait souvent agir ainsi, afin de pouvoir serrer le fil si cela devient nécessaire.

M. VERNEUIL. Nous nous entendons, M. Richet et moi, sur ce point, que nous pensons que la ligature préalable ne doit pas être faite dans tous les cas. M. Richet admet quelques cas exceptionnels comme réclamant la ligature ; il faut qu'après avoir étudié les observations, il puisse prouver que, dans chaque cas, la ligature n'était pas indispensable. Il faut bien qu'on sache que dans ces cas, si on ne fait pas la ligature, on ne pourra pas opérer, et, par conséquent, on privera le malade d'une dernière ressource. Quand on a fait les ligatures intercurrentes, c'est que tous les autres moyens avaient échoué. Je crois donc que quelquefois les hémostatiques ordinaires sont insuffisants, et l'on peut être obligé alors de faire la ligature préalable.

M. FOLLIN. J'ai fait une fois la ligature de la carotide primitive avant d'enlever un cancer des amygdales ; il n'est survenu aucun accident, et j'ai obtenu un succès complet.

Cancroïdes de la lèvre inférieure ; résection du maxillaire. — M. BAUCHET communique les deux observations suivantes :

PREMIER FAIT : *Cancroïde très-étendu de la lèvre inférieure, adhérant au maxillaire correspondant ; ganglions sous-maxillaires ; ablation du cancroïde, résection du maxillaire inférieur, restauration de la lèvre ; guérison datant de plus de deux ans.* — Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie est très-intéressant. L'affection pour laquelle il est entré à l'hopital, par sa gravité, par son étendue, par ses adhérences aux maxillaires, par son retentissement dans les ganglions, était de celles pour lesquelles on hésite à pratiquer une opération. J'ai attendu, avant de montrer le malade à la Société, qu'il se fût écoulé un temps assez long pour que cette observation présentât une valeur réelle. Voici, du reste, le fait avec quelques détails :

Cet homme, âgé de plus de soixante ans, est entré dans mon ser-

vice, à l'hôpital de la Pitié, au mois de septembre 1861, alors que je remplaçais M. Michon. Depuis plus d'un an, ce malade avait aperçu sur la lèvre inférieure un bouton, qui s'était développé peu à peu, avait fini par s'ulcérer et avait gagné toute la lèvre. Il avait employé sans succès une foule d'onguents, de pommades des *guérisseurs;* mais voyant que son mal allait en s'aggravant, il se décida à entrer à l'hôpital.

Voici ce que je constatai : Toute la lèvre inférieure est occupée, jusqu'à la symphyse du menton, par un ulcère grisâtre, sanieux, fongueux, végétant par places, par places ulcéré, offrant dans quelques endroits des élevures pointillées, papillaires. Cet ulcère a envahi tous les tissus de la lèvre, la muqueuse est seulement intacte de la partie correspondante à son repli dans le vestibule de la bouche. Au niveau de son bord libre, la lèvre n'a plus de forme ; elle est déchiquetée et remplacée par un champignon noirâtre, croûteux, saignant. La commissure droite est intacte, mais l'ulcération a envahi la commissure gauche et l'extrémité gauche de la lèvre supérieure. Cette masse ulcérée et végétante est plus considérable à gauche qu'à droite : elle est limitée par une ligne courbe, à concavité interne, partant de la commissure droite et arrivant à la symphyse du menton ; du côté gauche, pour limiter la masse morbide, il faut tirer une ligne presque droite partant un peu en dehors de la commissure et tombant à gauche de la symphyse du menton. Toute cette masse repose sur un fond lardacé, adhérant très-intimement à la symphyse, et, de plus, le repli muco-gingival des incisives est envahi par l'ulcération, qui a déjà gagné le bord libre et un peu la face antérieure des gencives. A droite et à gauche, mais surtout à gauche de la symphyse, chapelet de ganglions durs, assez adhérents, dont quelques-uns descendent même dans la rainure du sterno-mastoïdien. La langue est saine, mais on sent quelques indurations sur la partie du plancher de la bouche adhérant à la symphyse du menton.

L'état général du malade est très-satisfaisant, et ce malheureux demande avec instance et tous les jours une opération qui le débarrasse de son affection.

Dans ces conditions, le diagnostic ne paraît pas être un instant douteux. Rien, du reste, dans les antécédents et dans la symptomatologie ne pouvait faire songer à une affection syphilitique ; c'était un cancroïde ayant envahi toute la lèvre inférieure, le bord libre des gencives, attaqué la symphyse du menton et les ganglions sus-hyoïdiens. Une opération radicale pouvait seule offrir au malade quelque chance de salut. Mais la lésion était si étendue que je craignais de ne pas pouvoir combler le vide après l'extirpation de ce corps morbide,

et je ne voulais pas pratiquer une opération qui laissât après elle une mutilation plus épouvantable que la maladie elle-même ; seulement, comme je devais nécessairement, en raison de l'extension et des adhérences du cancroïde, réséquer la symphyse du menton, la restauration me paraissait pouvoir être obtenue un peu plus facilement.

Néanmoins, j'hésitai pendant plus de quinze jours, et j'attendis le retour de M. Michon, dont je désirais prendre l'avis. Chacun de vous comprendra l'importance que j'attachais à l'appréciation de notre distingué collègue.

M. Michon revint (et si j'insiste sur tous ces détails, c'est pour montrer plus clairement encore quelle était la gravité du cas dont j'entretiens la Société). M. Michon reprit son service et hésita plusieurs jours avant de m'engager à pratiquer l'opération. Enfin, il me dit qu'il voudrait bien m'aider de sa présence et de ses conseils. L'opération fut pratiquée dans les premiers jours d'octobre, de la manière suivante :

Une incision partant de la commissure labiale droite, et légèrement courbe, à concavité interne, vint tomber sur la symphyse du menton. C'est cette incision qui est devenue plus tard le bord libre de la lèvre inférieure. Une seconde incision partant d'un bon centimètre en dehors de la commissure gauche, vint rencontrer la première en décrivant une courbe à concavité interne et supérieure, de façon que la première partie de l'incision étant presque verticale jusqu'au niveau du bord supérieur du maxillaire inférieur, devint horizontale à partir de ce point jusqu'à sa rencontre avec la terminaison de la première incision.

Une troisième incision détacha la commissure labiale gauche, en partant du point d'origine de la deuxième incision, et enlevant une portion (1 centimètre au moins) de la partie gauche de la lèvre supérieure. Un aide saisit alors les deux coronaires labiales, et je disséquai la partie inférieure de cette vaste échancrure formée par la réunion des deux premières incisions. Aussitôt que j'eus découvert le bord inférieur du maxillaire inférieur, j'engageai à droite et à gauche deux scies à chaîne qui embrassèrent le maxillaire, à droite, un peu en dehors de la symphyse, au niveau de la deuxième incision ; à gauche, au niveau de la canine et de la petite molaire. Deux dents avaient été d'abord enlevées, pour que le jeu des scies à chaîne ne fût pas entravé. Le maxillaire fut scié en ces deux points, puis enlevé avec la portion du cancroïde correspondant à la partie indurée du plancher buccal. Je saisis la pointe de la langue avec une pince, et la fis porter en avant et en haut. Je pus alors extraire très-facilement les ganglions malades, et quand M. Michon et moi nous fûmes bien assu-

rés que tous les tissus malades ou douteux et tous les ganglions avaient été enlevés, je procédai à la restauration.

Les deux portions du maxillaire inférieur furent rapprochées; une incision longitudinale partant du point de réunion des deux premières incisions, au niveau et un peu à gauche de la symphyse, fut prolongée jusqu'au-dessus du cartilage thyroïde. Je disséquai alors à droite et à gauche les deux lambeaux, surtout à droite, et la dissection fut prolongée jusqu'au delà du bord antérieur du sterno-mastoïdien. Quand je trouvai que les lambeaux pouvaient assez bien se rapprocher, je procédai à leur suture. Le bord libre de la première incision fut remonté, de façon que je vins fixer son angle inférieur dans les incisions qui avaient circonscrit et enlevé la commissure labiale gauche. Ce point fixé, je suturai alors les deux lambeaux droit et gauche, et les réunis à l'aide d'une suture entrecoupée. Je laissai seulement à l'angle inférieur un bourdonnet de charpie pour permettre aux liquides de s'écouler librement. Cette suture faite, je vins ourler la muqueuse buccale avec la peau, au niveau de la commissure, et je dus même par places disséquer la muqueuse, afin de pouvoir la mettre en contact avec la peau.

Je mis un peu de glace dans la bouche du malade, et je lui fis donner, avec un biberon, de l'eau rougie sucrée, du bouillon, du vin pur et un peu de tilleul.

Les suites furent assez simples d'abord. Les épingles, les fils furent retirés, et la réunion était complète. Mais une bouffée érysipélateuse survint, et les lèvres de la plaie se désunirent. Quelques bandelettes de collodion, un pansement bien fait, suffirent pour parer à cet accident.

Pour arriver à un affrontement exact, les deux lambeaux étaient fortement tiraillés; deux incisions verticales pratiquées sur chaque lambeau remédièrent à cet inconvénient.

Aujourd'hui, plus de deux ans après l'opération, voici le malade. Il est resté complétement guéri; la difformité est à peine sensible, et l'on ne soupçonnerait pas qu'il manque une portion de la mâchoire inférieure, et que la lèvre a été enlevée tout entière. Il existe entre les deux portions du maxillaire inférieur une fausse articulation; la bouche peut être ouverte et fermée; la lèvre semble naturelle; la salive est très-bien retenue. Le malade peut mastiquer avec les grosses molaires. La voûte palatine est ogivale. Si cet homme pouvait faire la dépense d'un appareil, on pourrait l'adapter sur les parties restantes du maxillaire inférieur, et le malade pourrait mastiquer comme avant l'opération. La santé est demeurée parfaite.

En somme, j'appelle votre attention :

1° Sur la gravité de la maladie ;

2° Sur la restauration complète que j'ai pu faire ;

3° Surtout sur le soin que j'ai mis à pratiquer une opération radicale ;

4° Sur la guérison qui depuis deux ans est complète, et rien ne fait prévoir qu'elle ne doive pas se maintenir.

Je profite de ce cas pour vous citer un autre fait semblable à celui-ci.

Deuxième fait : *Cancroïde de la lèvre, opération ; récidive dans les ganglions sous-maxillaires ; grande étendue de l'altération ; opération ; résection partielle du maxillaire inférieur ; guérison datant de sept ans.* — Au mois d'octobre 1856, un malade du département du Pas-de-Calais vint me consulter. Il portait dans la région sous-maxillaire (sus-hyoïdienne) gauche une tumeur plus grosse que le poing, bosselée, dont l'origine remontait à plusieurs mois. Voici les antécédents :

Ce malade, âgé de plus de soixante ans, d'une bonne constitution, n'ayant jamais eu de cancéreux dans sa famille, avait vu se développer sur sa lèvre inférieure un cancroïde qui avait envahi une grande partie de cette lèvre. Après plus de dix-huit mois, il s'était fait opérer, et on lui avait enlevé toute la lèvre inférieure jusqu'au-dessus de la houppe du menton. L'espèce d'empirique qui avait fait cette opération n'avait tenté aucune restauration, de façon que les dents incisives et les canines inférieures étaient visibles, ainsi que la gencive au-dessus de la cicatrice ; la salive coulait presque continuellement. A l'époque de l'opération, il existait déjà des ganglions sous la mâchoire, et à gauche ; les renseignements fournis par le malade ne laissent aucun doute à cet égard. La plaie guérie, le malade s'était aperçu que la tumeur sous-maxillaire avait grossi petit à petit ; l'empirique se gardait bien d'y toucher, et cet homme, quand il vint me consulter, avait une tumeur plus grosse que le poing. Le diagnostic n'était pas douteux. Je n'insiste point sur les caractères de la tumeur ; j'appellerai seulement votre attention sur deux points : la tumeur était très-adhérente au bord inférieur de la branche horizontale de la mâchoire, et elle s'engageait assez profondément sous le muscle sterno-mastoïdien.

Je priai M. Velpeau de voir le malade, et il m'engagea peu à pratiquer cette opération. Néanmoins cet homme me pressait beaucoup, et la tumeur me paraissait encore assez limitée et n'avoir pas englobé les organes importants de cette région. M. Gosselin voulut

bien m'assister, et je me décidai à pratiquer l'extirpation totale de cette masse morbide.

Si je rappelle ces circonstances, c'est pour bien faire voir quelles étaient l'étendue et l'importance de l'altération.

J'enlevai la tumeur, et je fus obligé de réséquer une portion de la branche horizontale de la mâchoire. Je soiai avec une scie en forme de crête de coq une lamelle de cet os, et je pus ainsi enlever toute la production cancroïdale.

Les suites de l'opération furent des plus simples, et la guérison se fit promptement.

Six mois après, je revis le malade; je trouvai un ganglion sur la cicatrice, et je l'enlevai immédiatement. La cicatrisation ne se fit pas attendre. Depuis lors j'ai revu le malade, j'ai eu souvent de ses nouvelles, et la guérison ne s'est pas démentie.

Je retrouve dans mes notes que la pièce fut examinée au microscope, et qu'on y trouva des cellules cancéreuses et épithéliales.

J'ai cité ce fait parce qu'il m'a paru important d'enregistrer une guérison durable à la suite d'une opération pratiquée dans de bien mauvaises circonstances, que résume du reste parfaitement bien le titre de cette seconde communication.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, **Foucher.**

Séance du 4 novembre 1863.

Présidence de M. Depaul.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le président annonce que MM. Notta (de Lisieux), Bardinet (de Limoges), Prestat (de Pontoise), membres correspondants, assistent à la séance.

Notice préalable sur les polypes de la luette et du voile du palais.

M. Semieleider (de Vienne), membre correspondant, adresse la note suivante sur ce sujet.

Dans les manuels de médecine opératoire, on trouve quelques cas de polypes fibreux et cancéreux qui siégeaient sur les parties molles du pharynx; il en est cependant un fort petit nombre. Dès que les études laryngoscopiques ont commencé à faire le tour du monde, on

examina avec plus de soin et d'attention les affections pharyngiennes, mais dans aucune des publications relatives il n'est fait mention de polypes muqueux de la luette et du voile du palais. Moi-même, depuis les cinq ans que je m'occupe des maladies du larynx et du pharynx, j'ai examiné plus de deux mille individus, et jusqu'aux derniers temps je n'ai pas rencontré l'affection sus-mentionnée. Donc, je peux dire que les productions en question sont très-rares, et c'est pour cela que j'ose soumettre à cette savante Société les deux observations suivantes.

Lorsque le voile du palais et la luette sont en état d'inflammation chronique, la dernière se voit fréquemment épaissie, allongée, paralysée, et au bout de la luette on voit souvent nne petite tumeur de la muqueuse infiltrée, en forme d'une goutte diaphane. Mais ce ne sont pas là les productions dont je veux parler.

Il y a quelques semaines, un jeune homme de vingt-cinq ans, artiste chanteur, est venu chez moi. Il accusait les différents symptômes d'un catarrhe laryngo-pharyngien ayant passé sa première acuité, Outre les signes connus de cette affection, qui était constatée par l'inspection du pharynx et par le miroir laryngien, je découvris deux végétations polypeuses, molles, d'un rouge légèrement bleuâtre, presque diaphanes, de la grosseur d'un petit pois, pédonculées, siégeant l'une à la partie latérale droite de la luette et l'autre à l'arcade glosso-palatine droite.

Quelques jours après, vint un autre malade, aussi chanteur, du même âge à peu près que le premier, accusant les mêmes gênes de la part des organes de la phonation et de la déglutition. J'étais bien surpris en voyant à la partie latérale gauche de la luette une production polypeuse tout à fait semblable à celle que je viens de décrire.

Les deux malades furent soumis au même traitement local du catarrhe laryngo-pharyngien, c'est-à-dire : insufflations de nitrate d'argent et d'alun pulvérisés. Les végétations polypeuses furent coupées au moyen d'une paire de ciseaux et d'un crochet double. Les surfaces vulnérées étaient cautérisées avec de l'acide chromique en cristaux minimes, porté au moyen d'un pinceau de verre filé sur les petites plaies, qui relativement saignaient assez.

Les parties coupées présentaient tout à fait la même constitution et le même aspect, comme les polypes muqueux des fosses nasales.

L'acide chromique, cautère puissant pour de tels cas, est préférable aux autres escharotiques, parce qu'il agit très-vite et qu'il ne se dissout pas facilement dans les liquides de la cavité buccale ; aussi ne cause-t-il qu'une douleur modérée.

Les effets du traitement étaient précis. Je suis d'avis que ces pro-

ductions polypeuses n'étaient pas la cause du catarrhe chronique, mais, bien au contraire, que par le catarrhe chronique la muqueuse pharyngienne a été disposée à la production de ces végétations; mais je dois dire que dans ces deux cas, le catarrhe pharyngien, affection réfractaire d'ailleurs, cédait au traitement local bien plus vite qu'à l'ordinaire, de sorte que les deux malades, après trois semaines, ont pu reprendre leurs exercices de chant, qu'ils continuent avec le meilleur succès.

M. NOTTA montre une sonde en caoutchouc vulcanisé, qui est restée pendant quatre-vingt-quatre jours dans la vessie et qui n'a subi aucune altération.

M. CHASSAIGNAC. Les tubes à drainage, qui sont aussi formés de caoutchouc vulcanisé, peuvent rester longtemps en contact avec le pus sans s'altérer. Mais je ne savais pas si ces tissus se comportaient de même au contact des voies urinaires; je ferai remarquer qu'aucune concrétion calcaire ne s'est déposée sur la sonde, ainsi que cela a lieu si promptement sur les sondes ordinaires, dont le vernis en s'écaillant favorise ce dépôt.

MM. Desormeaux et Morel-Lavallée se louent aussi beaucoup de l'emploi des sondes en caoutchouc vulcanisé.

Anévrysme faux consécutif, suite d'une saignée. — Insuccès de la compression digitale au-dessus de l'anévrysme. — Ligature de l'humérale, — Mort. — Autopsie; par M. le docteur NOTTA, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.

Une femme âgée de cinquante-trois ans, d'une bonne constitution, est atteinte d'une affection du cœur, caractérisée par des palpitations, de l'irrégularité dans la parole, de l'oppression. A cause de ces accidents, on jugea à propos de lui pratiquer une saignée au bras droit le 27 juillet. Immédiatement un jet de sang s'échappa avec violence de la plaie faite avec la lancette. L'hémorrhagie ne fut arrêtée qu'avec peine par une forte compression avec de nombreux tours de bande.

Le lendemain, la plaie était fermée, il n'y avait pas de tumeur à son niveau; seulement, le bras était tuméfié, surtout à la partie interne. Un bandage compressif, mais moins serré, remplaça celui qui avait été appliqué le premier jour.

Le 31 juillet, commença à apparaître au niveau de la piqûre de la lancette une petite tumeur pulsatile qui augmenta insensiblement de volume les jours suivants.

La malade vint me consulter le 2 août, c'est-à-dire sept jours après l'accident.

Etat actuel. — Au pli du coude, sur le trajet de l'artère humérale,

on trouva une tumeur du volume d'une grosse aveline, agitée par des battements isochrones à ceux du cœur et du pouls ; en saisissant la tumeur entre les doigts, on sent le mouvement d'expansion : la compression de l'axillaire ou de la sous-clavière fait cesser tout battement dans la tumeur et diminue son volume d'un tiers. Au sommet de la tumeur on aperçoit la cicatrice de la piqûre de lancette. Le stéthoscope appliqué sur la tumeur permet de distinguer très-nettement un bruit de souffle rude, répondant à la systole artérielle, suivi d'un silence plus long que la durée du bruit. Presque tout le pli du coude, la plus grande partie de la tumeur et la partie interne du bras, présentent une teinte jaunâtre, ecchymotique. La tuméfaction de la partie interne du bras, qui s'observait dès les premiers jours, existe encore aujourd'hui. Elle est douloureuse à la pression et donne une sensation d'empâtement très-marqué, quoiqu'on n'y distingue aucune fluctuation.

La main et l'avant-bras ne sont pas tuméfiés ; on n'y voit pas trace de veines, pas plus que dans le voisinage de la tumeur anévrysmale.—Compression digitale de l'axillaire pendant une heure, quatre fois par jour, de manière à intercepter complétement le cours du sang dans la tumeur. Teinture de digitale, 20 gouttes matin et soir.

Les jours suivants les mêmes signes physiques et stéthoscopiques de la tumeur sont constatés. Les battements sont un peu moins énergiques, néanmoins l'état de la tumeur reste stationnaire. La tuméfaction du bras diminue, il devient moins douloureux ; la coloration jaunâtre ecchymotique s'étend et couvre toute la surface du bras et la moitié supérieure de l'avant-bras. La compression digitale est mal supportée et cause de vives douleurs à la malade.

Le 7 août, au niveau de la piqûre, apparaît une petite saillie grosse comme la moitié d'un pois chiche, de teinte violacée, luisante. Au centre, on remarque la cicatrice de la lancette.

Le 8 au matin, cette petite tumeur a augmenté : elle a le volume d'un gros pois. Le soir, elle a augmenté d'un tiers. En la pressant entre les doigts, on sent le mouvement d'expansion.

Le 9 au matin, la tumeur est encore plus volumineuse qu'hier et menace de s'ouvrir. Mes excellents confrères les docteurs Marais et Vauquelin, qui veulent bien me prêter leur bienveillant concours dans cette circonstance, sont d'avis comme moi de pratiquer la ligature de l'humérale.

La malade est chloroformée, et je pratique la ligature de l'artère humérale au niveau de son tiers inférieur ; l'artère n'est dénudée que dans une longueur de 2 à 3 millimètres, juste suffisante pour passer au-dessous d'elle la sonde cannelée. La ligature est faite avec un fil

simple et fortement serré. Un des chefs est coupé au ras du nœud; l'autre pend hors de la plaie. Une mèche de charpie, enduite de cérat, empêche la réunion des deux lèvres de la plaie dans la partie qui répond à la ligature. Les deux extrémités de la plaie sont réunies par un point de suture. Pansement simple. Le bras est étendu sur un coussin de paille d'avoine, dans l'immobilité. Immédiatement après la ligature, les battements de la tumeur ont cessé.

Le 10, la tumeur anévrysmale est dure, dépourvue de battements.

Le 11, la petite tumeur violacée qui surmontait la tumeur anévrysmale s'est ulcérée; il s'en écoule du sang visqueux noirâtre, et les jours suivants, la tumeur se vide par cette plaie.

Le 14, la malade va un peu moins bien, elle a eu des vomissements.

Le 15, un érysipèle apparaît autour des plaies du bras. En même temps, on remarque une déviation de la face à gauche; le côté droit est donc paralysé : embarras de la parole, pas de paralysie des membres pelviens et thoraciques, pas de céphalalgie, fièvre. L'érysipèle s'étend en surface. Les plaies sont grisâtres. — Pansement des plaies avec de la charpie sèche. Une bouteille de limonade purgative.

Le 16, pouls plein et dur, fréquent. La paralysie de la face et l'embarras de la parole sont plus prononcés qu'hier.

Le 10, sangsues derrière l'oreille gauche. Pansement des plaies avec le vin aromatique.

Le 18, un peu moins de fièvre. Même état de la paralysie, qui reste limitée à la face et à la langue. L'érysipèle augmente. — Pansement des plaies avec la teinture d'iode.

Le 20, elle meurt le matin.

Autopsie. — Le bras n'est pas tuméfié notablement. Il ne présente qu'une coloration légèrement jaunâtre. On n'y remarque aucun point de sphacèle. La plaie de la ligature est grisâtre. Le fil n'est pas tombé. La piqûre de la lancette est large, béante. Par la pression on fait écouler un peu de sanie noirâtre. J'enlève toutes les parties molles, de manière à pouvoir me livrer chez moi à une dissection minutieuse des parties.

Toutes les veines du pli du coude sont disséquées avec le plus grand soin; aucune d'elles n'a été divisée par la lancette, et aucune ne communique avec la poche de l'anévrysme, qui est située au-dessous de l'aponévrose. Cela bien constaté, l'artère est disséquée par sa face profonde. Ses veines satellites sont intactes. Au niveau de la poche anévrysmatique, dans une longueur de 3 centimètres, l'artère présente une coloration d'un rouge légèrement brunâtre. Incisée avec précaution dans toute sa longueur, par sa face postérieure, on con-

state qu'entre tout l'espace compris entre sa bifurcation et la ligature, elle est remplie par un caillot adhérent à sa face interne.

Depuis la ligature jusqu'à 3 centimètres de la lésion de l'artère, ce caillot ne remplit pas complétement le calibre du vaisseau et présente comme des vacuoles qui sont remplies de sang noir liquide. 3 centimètres au-dessus de la plaie artérielle, le caillot, dans une longueur de 2 centimètres, remplit complétement le calibre du vaisseau, est dense, homogène. Au-dessous de ce caillot, c'est-à-dire au niveau de la plaie artérielle, et au-dessous jusqu'à la bifurcation de l'humérale, le caillot présente le même caractère celluleux qu'au-dessus; néanmoins, il est très-adhérent, et il a fallu le décoller pour voir la plaie artérielle, qui est transversale et a environ 2 millimètres de longueur. Elle est béante, et, en décollant le caillot, il est facile de voir qu'il se continuait entre les lèvres de la plaie artérielle avec un autre caillot situé en dehors du vaisseau, dans la poche anévrysmale, et ayant une forme arrondie comme une tête de clou. En sorte que la plaie artérielle, qui est béante, était fermée par un caillot très-adhérent ayant la forme d'un double bouton de chemise.

La face interne de l'artère, l'épaisseur de ses parois depuis la ligature jusqu'à sa bifurcation, sont d'un rouge obscur des plus vifs, qui n'a pas disparu après vingt-quatre heures de macération. Cependant, là où j'ai décollé le caillot, la membrane interne est lisse et ne paraît pas avoir perdu son épithélium.

Sur la coupe, les diverses membranes ont la même épaisseur, la celluleuse se détache aussi bien et n'est pas plus friable qu'au-dessus de la ligature, où l'artère a son aspect normal.

En dedans de la longue portion du biceps est le sac anévrysmal. Incisé avec précaution, nous trouvons sa cavité assez grande pour loger une châtaigne. Elle contient une sanie noirâtre formée par du sang décomposé. Celle-ci enlevée par un filet d'eau, on trouve le sac tapissé d'une couche de fibrine de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, et au fond, dans le point qui correspond à l'ouverture de l'artère, un caillot noirâtre dur, ayant la forme d'une tête de clou.

La plaie de la ligature est infundibuliforme, le sommet répond à la ligature. Il est facile de voir qu'au niveau du fil l'artère est adhérente aux parties voisines. Un petit caillot peu volumineux se remarque dans le bout supérieur. Celui du bout inférieur a été décrit. L'artère, au niveau de la ligature, ne présente aucune trace d'inflammation.

Réflexions. — J'appellerai l'attention sur quelques-uns des points les plus importants de cette observation.

Nous avions affaire à un anévrysme faux consécutif. L'artère seule avait été blessée, aucune des veines du pli du bras ne communiquait

avec le sac anévrysmal. Lorsque la malade se présenta à nous, c'est-à-dire sept jours après avoir été blessée, nous eûmes bien la pensée d'employer la compression directe, qui dans des cas semblables a donné de beaux succès. Mais nous dûmes bientôt renoncer à cette idée à cause de la sensibilité et de la tuméfaction inflammatoire dont le bras était le siége. Nous essayâmes alors la compression indirecte. La sous-clavière, à la sortie des scalènes, était facilement accessible; j'appris au frère de la malade à faire cette compression, et je puis dire qu'il la faisait d'une manière complète. Malheureusement elle était mal supportée par la patiente, et au bout d'une heure il fallait la laisser reposer. Néanmoins je persistai pendant sept jours à faire cette compression quatre fois dans la journée pendant une heure. Au bout de ce temps, il fallut y renoncer; d'ailleurs la tumeur, malgré ce traitement, continuait à augmenter de volume et menaçait de s'ouvrir. Il fallait donc avoir recours à un moyen plus radical. Je me décidai à pratiquer la ligature par la méthode d'Anel. Cette opération se fit très-facilement. Tout faisait espérer un succès, lorsqu'au cinquième jour un érysipèle se manifesta, en même temps qu'une paralysie faciale accompagnée d'embarras de la parole. Cette paralysie, dont les progrès ont amené la mort, me paraît due à un ramollissement d'une portion circonscrite de la substance cérébrale, ramollissement probablement consécutif à un embolus formé dans quelque point de l'arbre circulatoire sous l'influence de l'état général de la malade, mais étranger à la ligature de l'artère et à sa lésion.

L'autopsie nous montre le travail d'oblitération de l'artère à la suite de la ligature. Un caillot fibrineux remplit une partie de son calibre, et un caillot ayant la forme d'un bouton de chemise ferme la plaie de l'artère.

Quant à la ligature, il est facile de voir sur la pièce que l'artère n'a été dénudée que dans une étendue de quelques millimètres de manière à pouvoir passer au-dessous d'elle la sonde cannelée. Une mèche de charpie a empêché la réunion par première intention au niveau de la ligature, afin que la suppuration produite par le fil pût être facilement éliminée au dehors, et ne restât pas en contact avec les extrémités artérielles où il aurait pu exercer une action destructive sur le caillot obturateur, et par suite amener une hémorrhagie secondaire.

M. LARREY demande si la saignée a été pratiquée par un médecin ou par une personne étrangère à l'art médical. Et cette question lui est dictée par le souvenir de deux cas dans lesquels la blessure de l'artère avait été produite par des sœurs de Charité.

Fistules vésico-vaginales.

M. MOREL-LAVALLÉE donne la relation de deux opérations de fistules vésico-vaginales.

Structure des tumeurs érectiles.

M. BROCA. Je demande à la Société la permission de lui communiquer quelques remarques sur la structure des tumeurs érectiles. Tous les auteurs ont décrit les vaisseaux de ces tumeurs, mais M. Porta a indiqué dans ces tumeurs l'existence de granulations vasculaires, et je ne sache pas que cette assertion ait été vérifiée en France.

Je viens d'avoir l'occasion d'examiner une tumeur érectile que portait un vieillard, et j'ai trouvé dans cette tumeur des grains assez comparables aux villosités de l'intestin. Chaque grain contient un vaisseau afférent et un vaisseau efférent; puis de nombreuses ramifications qui forment un peloton vasculaire, duquel ne se détache aucune anastomose avec les granulations voisines. Si on n'a pas trouvé cette disposition plus tôt, c'est qu'elle n'existe peut-être que dans les tumeurs encore jeunes, et que les granulations disparaissent plus tard.

M. FOLLIN. J'ai confirmé de tous points la description que vient de donner M. Broca, en examinant les petites taches érectiles de la peau. On trouve alors que les plus petites sont formées par une simple dilatation des vaisseaux, et que les plus volumineuses contiennent des pelotons vasculaires analogues aux glomérules de Malpighi.

M. TRELAT. Je demanderai à M. Broca comment il comprend que les granulations disparaissent dans les vieilles tumeurs érectiles.

M. BROCA. C'est une simple hypothèse que je fais pour expliquer comment ces granulations n'ont pas été vues plus tôt; et par vieilles tumeurs érectiles, j'entends celles qui sont étendues; car chez mon malade, la tumeur existait depuis longtemps; mais elle était restée jeune en ce sens qu'elle n'avait pas pris d'extension.

Strabisme. — M. MEYER présente un malade atteint de strabisme. Il ajoute la communication suivante :

Comme le strabisme n'est qu'un symptôme du défaut de correspondance dans les mouvements des yeux, le diagnostic en doit établir d'abord les causes. Si on examine attentivement le malade, on constate :

1° Qu'il fixe avec l'œil gauche les objets qu'on lui présente, et que son œil droit est alors dévié en dedans; mais qu'il peut à son gré

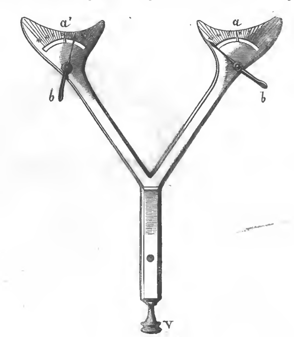
fixer avec ce dernier, et que l'œil gauche est alors strabique. C'est donc un strabisme *convergent* et *alternant ;*

2° Que le malade peut diriger chaque œil, examiné isolément, dans toutes les directions sans défaut de mobilité : donc, il n'existe pas de paralysie ;

3° Que la force visuelle des yeux est normale, et qu'il n'existe chez le malade ni myopie ni hypermétropie.

Le malade est donc atteint d'un strabisme concomitant, ayant pour cause une disproportion entre la longueur moyenne des muscles. Le muscle raccourci est le muscle droit interne, dont l'influence trop grande sur le globe produit la déviation en dedans.

Contre ce raccourcissement, l'opération seule peut obvier; non qu'elle soit en état de prolonger le muscle. — Depuis les expériences de MM. L. Boyer et Bouvier, il est constaté que les deux extrémités d'un muscle oculaire coupé dans sa continuité ne se réunissent pas par une portion intermédiaire, comme on l'avait supposé, dans la première période de la strabotomie ; — mais elle diminue l'influence trop grande du muscle en portant son point d'attache antérieure plus en

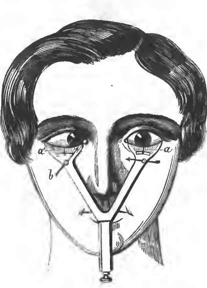


arrière sur la sclérotique. Plus, en effet, l'insertion du muscle sera près de la cornée, plus il attirera l'œil de son côté; et plus, au contraire, l'insertion sera éloignée, plus l'œil se redressera du côté opposé.

L'opération du strabisme doit donc consister dans un déplacement de l'insertion scléroticale du muscle raccourci, déplacement dont l'étendue doit être nécessairement en rapport avec l'étendue du strabisme. Il en résulte la nécessité absolue de déterminer la dernière d'une manière exacte. Dans ce but, M. Meyer a construit un appareil dont les figures ci-jointes donnent la forme et l'application.

L'instrument est composé de deux branches mobiles, et qui portent deux plaques graduées s'adaptant par leur forme à la paupière inférieure, sur laquelle elles sont appliquées. Chez un individu non strabique, et dont les yeux sont en parfaite correspondance de mouvements, les deux cornées ont toujours une position symétrique, et se trouvent au milieu de la fente palpébrale s'il regarde tout droit devant lui. On s'en persuade facilement en lui appliquant l'instrument, dont les aiguilles *a* et *a'* ont été dirigées préalablement au milieu et sur les points symétriques des deux plaques : l'une et l'autre se trouveront perpendiculairement au-dessous du centre de la cornée de chaque œil.

Si le malade atteint de strabisme convergent de l'œil droit regarde tout droit devant lui, son œil gauche seul est dirigé normalement; l'autre est dévié en dedans. On lui applique l'instrument:



L'aiguille *a* est perpendiculairement au-dessous du centre pupillaire; l'aiguille *a'* se trouve au point symétrique de l'autre côté, là où le centre pupillaire devrait être s'il n'y avait pas de strabisme. A l'aide de l'aiguille *b*, on marque le point, qui est perpendiculairement au-dessous du centre de la cornée déviée, et la distance

qui sépare a' de la pointe de l'aiguille b donne la mesure linéaire do la déviation.

Chez le malade présenté, le strabisme, mesuré de cette manière, a une étendue de 9 millimètres. M. Meyer termine sa communication en disant qu'il représentera le malade à la Société après lui avoir fait l'opération correspondante au degré de son strabisme.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr Foucher.

Séance du 11 novembre 1863.

Présidence de M. Depaul.

Lo procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Marcade a adressé à la Société une Observation d'anévrysme traumatique de la main ; compression digitale intermittente ; guérison. (M. Broca est chargé de faire un rapport sur ce travail.)

— M. le docteur Wildberger (de Remberg) adresse à la Société, par l'intermédiaire de M. Larrey, diverses brochures relatives à l'orthopédie. (M. Bouvier voudra bien faire un rapport oral sur ces divers ouvrages.)

— M. le docteur Shrimpton fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *L'armée anglaise et miss Nightingale*. (Remercîments à l'auteur.)

— M. le docteur Th. Longmore, inspecteur général du service de santé de l'armée anglaise, fait aussi hommage à la Société d'un travail intitulé : *Rapport sur les plaies d'armes à feu et de coups de sabre des invalides envoyés au fort Pitt en* 1860-1861.

— M. le docteur Azam, membre correspondant, adresse à la Société le Compte rendu général des services de médecine, de chirurgie et d'accouchement de l'hôpital Saint-André de Bordeaux. (Remercîments à l'auteur.)

— M. Thomas R. Fraser adresse à la Société un exemplaire d'un travail sur les caractères, l'action et les usages thérapeutiques de la fève de Calabar. (Remercîments à l'auteur.)

— M. le docteur Léon Labé fait hommage à la Société d'un exemplaire de sa thèse pour l'agrégation intitulée *De la coxalgie*. (Remercîments à l'auteur.)

M. LE PRÉSIDENT informe la Société que le bureau a pensé qu'il y avait lieu de procéder à l'élection de trois membres correspondants nationaux ; en conséquence, une commission sera nommée dans la prochaine séance pour examiner les titres des candidats.

M. VOILLEMIER. Dans la dernière séance, on a parlé de l'inaltérabilité des sondes en caoutchouc vulcanisé, mais les sondes ordinaires résistent quelquefois très-bien au contact de l'urine; j'en ai vu qui, après avoir séjourné pendant deux mois dans la vessie, n'avaient subi aucune altération. Il en est de même des sondes d'argent, et le cas le plus remarquable que j'aie vu sous ce rapport est celui d'un paysan qui portait depuis huit mois dans la vessie une sonde d'argent qui fut retirée aussi intacte que si elle sortait de la trousse. D'un autre côté, on voit quelquefois les sondes en caoutchouc vulcanisé s'altérer très-promptement. Je pense donc qu'il faut se mettre en garde contre les faits d'inaltérabilité que l'on rapporte, et chercher ailleurs que dans les qualités du tissu les conditions de résistance au contact de l'urine.

M. LARREY fait remarquer que déjà, à l'Académie, on a signalé les mauvaises qualités des sondes en gutta-percha et en caoutchouc vulcanisé dont la fabrication laissait alors à désirer.

M. CHASSAIGNAC. On sait que les tissus de caoutchouc vulcanisé deviennent très-friables quand ils contiennent trop de sulfure de carbone.

M. MOREL-LAVALLÉE. — Je crois que l'on peut expliquer la différence des résultats par l'imperfection dans la fabrication des instruments. Ainsi, je me suis servi de lames de caoutchouc pour boucher des flacons qui contenaient de l'alcool, et lorsque j'ai voulu les enlever, je les ai trouvées très-altérées.

Traitement des abcès par congestion.

M. CHASSAIGNAC. Je me suis toujours trouvé très-bien de l'emploi des tubes à drainage dans le traitement des collections purulentes. Mais cette méthode m'avait donné des résultats peu satisfaisants dans les cas de kystes, d'hydrocèles, d'abcès par congestion, et je l'avais abandonnée. Mais j'y suis revenu en la modifiant; je combine l'injection iodée avec l'emploi du tube à drainage, et j'obtiens de bons résultats.

M. LARREY. Mon père traitait les hydrocèles par l'emploi de sondes très-simples en gomme élastique maintenues à demeure pendant

quelque temps, et la guérison était la règle; s'il eût connu les tubes en caoutchouc vulcanisé, il les eût préférés.

M. BOINET. La méthode que nous signale M. Chassaignac n'est pas nouvelle, elle est décrite partout, et pour mon compte je la mets en pratique depuis quinze ans. Après la ponction des abcès, j'introduis une sonde percée de trous dans toute sa longueur et je fais de suite une injection iodée pour empêcher la fétidité du pus.

M. CHASSAIGNAC. Je me suis probablement mal expliqué. Sans doute la méthode que revendique M. Boinet est ancienne; mais autre chose est de faire une ponction, puis d'injecter l'iode le lendemain comme désinfectant; je crois que ce procédé, par lequel on n'enflamme pas la poche, est préférable. Quand on fait l'injection iodée de suite, on a souvent des résultats déplorables.

M. BOINET. Je crois que M. Chassaignac se méprend complétement sur le mode d'action de la teinture d'iode, en disant qu'elle détermine de l'inflammation, c'est au contraire un résolutif puissant de l'inflammation, quand elle existe.

M. CHASSAIGNAC. Je n'ai pas traité la question de l'action de l'iode en général, mais je dis que dans les abcès par congestion, l'injection iodée n'a pas l'innocuité qu'on lui attribue.

Note sur la réduction des luxations sous-coracoïdiennes de l'épaule par manœuvres lentes; par M. Alph. Salmon, membre correspondant.

J'ai l'honneur de vous communiquer un procédé de réduction des luxations sous-coracoïdiennes de l'épaule, que je considère comme devant rendre quelques services dans la pratique.

J'ai pensé qu'on pourrait l'appeler *procédé de réduction par manœuvres lentes*, parce qu'il est l'opposé des procédés plus ou moins brusques mis ordinairement en pratique, et qui, malgré le nom de procédés de douceur qu'on leur attribue, ne sont en réalité, fréquemment, que des procédés de force.

J'ajoute que je n'ai pas la prétention d'apporter devant la Société de chirurgie une méthode nouvelle, et que je n'ai pas oublié que Dupuytren formulait le procédé des manœuvres lentes par ces indications empruntées à M. Malgaigne : « Une règle importante pour éluder la résistance des muscles, c'est de ne pas procéder brusquement, mais avec lenteur et précaution, etc...., laissant croire au malade qu'on explore sa jointure, etc. » Il resterait cependant à savoir, messieurs, si dans l'application les chirurgiens suivaient toujours bien exactement ces préceptes, et s'il n'y a pas quelque innovation aujourd'hui à les formuler une fois de plus.

Voici maintenant, sans plus long préambule, comment je procède pour opérer la réduction :

Je commence par placer le blessé dans la position la plus avantageuse et la plus sûre, pour annuler, sans usage du chloroforme, toute contraction involontaire des muscles du membre malade. J'obtiens ce résultat en faisant coucher le patient dans le décubitus complet sur le dos, la tête étant relevée seulement par un traversin, et le corps *débordant le lit par tout le côté du tronc correspondant à l'épaule luxée, c'est-à-dire pour ainsi dire suspendu à moitié au dehors.*

Dans cette condition, en effet, il n'est plus possible, même dans l'état sain, d'exécuter avec le bras des mouvements étendus sans efforts très-pénibles, ce que tout le monde peut vérifier d'ailleurs très-facilement par expérience. Néanmoins, comme il importe d'assurer le malade contre toute chance de chute au sujet de laquelle il se révolterait peut-être, il est utile de placer à ses côtés un aide dont le rôle apparent sera de soutenir le blessé, tandis que le rôle réel devra être d'abandonner celui-ci à tous les efforts que fait le côté sain pour se fixer solidement sur le lit. Je dirai encore, pour ne rien omettre, que pendant ce temps le chirurgien a dû soutenir lui-même ou faire soutenir le membre blessé, dans le but d'éviter toute douleur qui amènerait infailliblement une résistance et par conséquent des contractions.

Après ces préliminaires, j'opère la manœuvre de la réduction, et j'ai hâte de dire que je n'ai pas la pensée de la présenter comme nouvelle. Je tiens en effet à ne pas être soupçonné de trop d'ignorance, et je désire, en conséquence, qu'on veuille bien n'y voir qu'un *modus faciendi* particulier d'une méthode ancienne.

Pour l'exécuter, le chirurgien, placé du côté du membre blessé, saisit doucement la main et l'avant-bras luxés et les écarte du tronc avec la plus grande lenteur, s'arrêtant quand le malade éprouve la moindre souffrance, soumettant à un massage léger les muscles du moignon de l'épaule, interrogeant fréquemment le blessé sur le degré de douleur qu'il ressent, l'engageant à se plaindre si on le fait souffrir (ce qui ferait suspendre momentanément les mouvements du chirurgien), lui assurant que l'examen sera d'autant plus facile que la douleur sera moindre, etc. (Le tout peut être de dix à quinze minutes environ).

Or, pendant ces mouvements, il est arrivé que le membre luxé a été peu à peu écarté du tronc, puis a fait angle droit avec lui, puis en a été éloigné à angle obtus, puis s'est trouvé enfin comme dans le procédé d'élévation tout à fait parallèle à l'axe du corps. Il reste alors

à exécuter la réduction, et elle est des plus simples. On la pratique comme il suit :

Le chirurgien confie doucement à un aide le membre luxé et lui ordonne de le maintenir sans effort dans la position qui vient de lui être donnée. Quant à lui, il se place en dedans du membre, vis-à-vis le creux axillaire, comme s'il voulait explorer l'articulation ; puis il enveloppe le moignon de l'épaule avec ses quatre doigts de chaque main, et ceux-ci, en se rejoignant au-dessus de l'acromion, immobilisent l'omoplate. D'un autre côté, sans effort brusque et en évitant toujours de réveiller de la douleur, il porte les pouces sur la tête de l'humérus, qu'on sent sous la peau dans le creux de l'aisselle ; enfin, par pression douce des pouces sur la tête luxée, il la fait rentrer aisément dans l'article, en s'aidant un peu, s'il en est besoin, d'une légère extension faite par l'aide qui tient le membre. Après quoi on rapproche le bras du tronc, non plus au hasard, comme cela a lieu souvent, mais avec la certitude que la réduction est achevée. L'opération est ainsi finie, au grand étonnement du malade, qui n'a pas ordinairement éprouvé la moindre douleur.

Je termine par l'énumération sommaire des faits qui peuvent engager les chirurgiens à essayer cette application méthodique d'un procédé ancien.

Premier fait. — Luxation de l'épaule droite chez une jeune fille de dix-huit à vingt ans. Cette luxation fut d'abord méconnue par le médecin de la malade, et je l'examinai un mois et demi environ après. La réduction s'opéra pendant que je visitais l'article avec les plus grandes précautions pour éviter de la douleur. Ce fut ce fait qui m'engagea dès lors à procéder comme je l'ai fait depuis.

Deuxième fait. — Luxation de l'épaule droite chez un sous-officier très-vigoureux, à la suite d'une chute dans une manœuvre. On transporte le blessé à l'hôpital. Je pratique l'opération comme je l'ai indiquée dans cette note. La réduction fut immédiate sans que le blessé en éprouvât la moindre souffrance.

Troisième fait. — Luxation de l'épaule droite chez mon domestique, âgé de soixante-huit ans. Même procédé, même résultat.

Quatrième fait. — Luxation de l'épaule chez un cultivateur des environs de Chartres, âgé de trente ans environ. Réduction aussi facile que dans les cas précédents.

Cinquième fait. — Luxation de l'épaule droite chez une femme de vingt-neuf à trente ans. Chez cette malade, l'article s'était déjà luxé plusieurs fois, mais dans le dernier accident, la réduction n'avait pu être opérée, et je vis la malade le lendemain seulement. La réduction

fut si facile, que j'eus toutes les peines du monde à faire comprendre à cette femme que sa luxation n'existait plus.

Sixième fait. — Luxation de l'épaule gauche chez un portefaix très-ivrogne et assez robuste. On essaye la réduction par l'élévation d'abord, mais sans résultat. On soumet ensuite le blessé au chloroforme, nouvel insuccès. Puis la réduction est remise au lendemain, et j'arrivais faire mon service à l'Hôtel-Dieu, quand je trouvai mon collègue, M. Maunoury, se disposant à une réduction de force. Je lui parlai pour la première fois du procédé que j'ai décrit dans cette note, car je n'avais pas encore eu l'occasion de la mettre en pratique en sa présence, et il voulut bien confier le malade à mes tentatives. L'opération eut lieu aussi simplement que dans les cas précédents, et sans que le blessé opposât la moindre résistance et éprouvât de douleur.

Je serais heureux si les faits contenus dans cette note pouvaient vous sembler de quelque intérêt et s'ils pouvaient surtout engager les chirurgiens professeurs à tenir en garde leurs élèves contre les procédés rapides, qui donnent plus souvent un revers qu'un succès, qui fatiguent le malade et discréditent le médecin, qui obligent ensuite à des manœuvres difficiles et violentes, quand il eût été si simple d'opérer de prime abord une réduction méthodique.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Glaucome chronique guéri depuis deux ans par l'iridectomie. — M. FOLLIN présente à la Société une femme d'une cinquantaine d'années à laquelle il a pratiqué, il y a deux ans, une iridectomie pour un glaucome chronique de l'œil droit.

Cette femme avait déjà, quelques années auparavant, perdu l'œil gauche à la suite d'une affection analogue, et quand M. Follin la vit pour la premiere fois, cet œil, atrophié, était irritable, douloureux. Ce moignon oculaire, qui pouvait exercer une influence fâcheuse sur l'œil du côté opposé, fut tout d'abord enlevé. L'attaque glaucomateuse à l'œil droit date de juin 1861, et la malade raconte qu'elle s'est montrée à la suite d'un refroidissement général lorsque le corps était tout en sueur.

Les signes du glaucome chronique étaient des plus évidents lorsque M. Follin pratiqua l'iridectomie. Le globe oculaire était dur comme une bille de marbre, la pupille largement dilatée, les milieux de l'œil peu transparents, et la cornée même légèrement trouble par suite de la distension des membranes. On ne pouvait guère s'assurer de l'étendue du champ visuel, car la malade distinguait à peine les plus gros objets.

Le 25 novembre 1861, M. Follin pratiqua une large excision de l'iris à l'œil droit, et au bout de dix jours la malade commença à voir assez nettement les barreaux d'une fenêtre placée en face de son lit. Depuis cette époque, l'état de l'œil s'est progressivement amélioré, la tension oculaire a peu à peu diminué, et aujourd'hui elle est normale; la rougeur scléroticale s'est éteinte, la cornée a repris une transparence parfaite, et la malade, à la sortie de l'infirmerie de la Salpêtrière en février 1862, pouvait distinguer très-nettement tous les objets et lire d'assez gros caractères.

Aujourd'hui, deux ans après l'excision de l'iris, l'œil opéré pour ce glaucome peut lire sans lunettes le nº 9 du livre de Jæger, ce qui correspond à peu près au caractère employé pour le premier-Paris des journaux politiques. La cornée est d'une transparence normale, et la pupille artificielle s'est conservée large et sans adhérences. Enfin la malade peut vaquer à toutes ses occupations.

M. Follin présente ce cas comme un succès très-net de l'iridectomie dans un cas de glaucome chronique, et comme un bel exemple de la persistance de la guérison au bout de deux ans.

M. MOREL-LAVALLÉE. A propos de la communication très-intéressante de M. Follin, je désire rappeler un fait qui m'a vivement frappé. Voulant, chez un malade dont la cornée était opaque à son centre, pratiquer une pupille artificielle par décollement, je décollai tout l'iris, et je le fis sortir par la plaie. Il n'y eut pas d'accident. Je crois que la même chose est arrivée à M. Sichel.

M. FOLLIN. Je connais une femme chez laquelle un accident a amené le décollement de l'iris sur toute sa circonférence; il n'y a plus au pourtour que quelques points adhérents. Il existe deux pupilles, une centrale et une circonférentielle; malgré cela chez cette femme l'accommodation se fait très-bien.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai vu dans le service de M. Cloquet un cas analogue. Un coup de corne avait détaché l'iris, qui était resté pelotonné dans l'œil, et la malade voyait très-bien. Mackensie a observé l'expulsion de l'iris à travers la cornée, et la vision était nette.

— M. FLEURY, de Clermont-Ferrand, membre correspondant, envoie le travail suivant :

De l'hémorrhagie à la suite de l'opération de la hernie crurale pratiquée à l'époque de la menstruation.

Je désire appeler un instant l'attention de la Société sur un fait qui m'a frappé vivement lorsque je l'ai observé pour la première fois, mais que j'aurais peut-être laissé passer inaperçu si un second exem-

ple ne se fût reproduit à quelques années d'intervalle : c'est une hémorrhagie à la suite de l'opération de la hernie crurale étranglée pratiquée chez deux femmes qui étaient à l'époque de la menstruation. Cet écoulement de sang ne m'a paru dépendre ni de la blessure de l'artère épigastrique ni de celle de l'obturatrice.

Une complication de cette nature est assurément un des accidents les plus graves auxquels un malade peut être exposé, et si une chose doit étonner, c'est qu'elle n'arrive pas plus souvent.

Nous savons, en effet, que les anneaux qui donnent passage aux organes herniés ont des rapports tellement immédiats avec les vaisseaux de ces régions que leur blessure peut être la conséquence d'un débridement exagéré.

Malgré cela, l'hémorrhagie est rare, du moins je ne l'ai pas observée dans une pratique de vingt-six ans où j'ai opéré bien des hernies.

A quoi devons-nous attribuer cette immunité?

Aux préceptes que nous suivons en débridant du côté opposé aux vaisseaux, et surtout à la facilité avec laquelle les artères, en se déplaçant, fuient au-devant de l'instrument tranchant.

La section de l'épigastrique n'en a pas moins été quelquefois observée, et elle est suivie d'une hémorrhagie presque toujours fatale, à moins qu'après avoir agrandi la plaie, on ne parvienne à passer une aiguille autour du vaisseau.

Un tamponnement assez fort exercé sur le pubis pourrait, à la rigueur, arrêter celle qui serait produite par la section de l'obturatrice.

Le 18 octobre 1861, je fus appelé dans une petite ville des environs de Clermont, pour y voir une jeune dame qui depuis quelques années avait au pli de l'aine droite une grosseur que l'on avait considérée comme une hernie, puisqu'on lui avait conseillé de porter un bandage. Mais comme elle n'éprouvait aucune gêne et qu'il la faisait souffrir par la pression qu'exerçait la pelote, elle y avait renoncé.

Dans la soirée du 6 octobre, elle apprend une fâcheuse nouvelle immédiatement après son dîner. Une indigestion bientôt suivie de vomissements en est la conséquence; et dans les efforts qu'elle fait, la tumeur de l'aine augmente de volume. Bientôt elle ressent à l'épigastre des douleurs et des tiraillements que suivent des nausées et des vomissements.

Une potion calmante est ordonnée; elle fut prise sans succès. Je suis appelé le lendemain.

Cette coïncidence de malaise, de nausées, de vomissements et de l'apparition d'une tumeur à l'aine, me donna de suite la pensée qu'une portion d'intestin était pincée dans l'anneau; mais comme la tumeur

était encore molle, peu douloureuse, légèrement fluctuante, le médecin ordinaire de la malade ne crut pas à l'existence d'un étranglement.

On pouvait encore attendre. Du jour au lendemain l'obscurité, qui pour lui existait encore, devait bientôt se dissiper.

Après avoir fait quelques tentatives de taxis qui restèrent sans succès, je prescrivis des onctions avec l'extrait de belladone et l'application d'une vessie remplie d'eau froide. (Il était sept heures du soir.) Malgré l'action des réfrigérants, les règles parurent dans la nuit.

Le lendemain, l'état de la malade s'était aggravé; il y avait même eu un vomissement de matières verdâtres, et de temps en temps elle se plaignait de ne pouvoir respirer. Le malaise partait toujours de l'épigastre. La tumeur était plus volumineuse, plus tendue, formée en dedans par une portion rénitente, et en dehors par un corps mou. D'un côté était l'intestin, de l'autre l'épiploon, suivant toutes les apparences; aussi, lorsque j'arrivai, à deux heures, il n'y avait plus aucune espèce de doute à conserver, et je préparai tout pour une opération qui devenait d'autant plus urgente qu'au sentiment de gêne à l'épigastre se joignaient des douleurs assez vives pour faire pousser des cris à la malade.

L'opération fut des plus simples. Le sac contenait une sérosité citrine; une anse intestinale constituait la plus grande partie de la tumeur; le reste était formé par l'épiploon, qui adhérait à l'anneau.

Le débridement a bien offert quelques difficultés; je n'ai pu le faire qu'à travers l'épiploon, mais la réduction n'en a pas moins été facile; seulement, comme l'épiploon adhérait au sac, j'ai excisé avec précaution toutes les parties de cet organe qui faisaient saillie à travers l'anneau.

Il m'a bien semblé, pendant l'opération, que l'écoulement du sang était plus abondant qu'à l'ordinaire; cependant, aucune ligature n'a été faite. Quelques boulettes de charpie ont été placées dans le fond de la plaie, et des compresses d'eau froide appliquées par-dessus.

Immédiatement après l'opération, la douleur épigastrique, qui était si vive, a disparu, et la malade n'a plus ressenti que la cuisson de la plaie.

Tout allait donc pour le mieux, lorsqu'au bout de quelques heures on s'est aperçu que les pièces du pansement étaient imbibées de sang.

Le médecin qui soignait habituellement la malade a eu recours sans succès à l'eau de Léchelle, au perchlorure de fer étendu d'eau; l'écoulement n'a cédé qu'au perchlorure de fer pur.

Lorsque j'arrivai, à dix heures du soir, tout écoulement de sang avait cessé.

Je me demandai, en présence d'un pareil fait qui se produisait

pour la première fois, si la menstruation avait été pour quelque chose dans cette complication ; cela me parut assez probable ; car le débridement avait été très-simple, et l'épiploon est bien peu vasculaire. Les suites de l'opération n'en furent pas moins heureuses pour la malade, qui plus tard a pu porter, sans en être fatiguée, son bandage; car la pelote appuyait auparavant sur la portion d'épiploon qui était irréductible. L'excision que j'en avais pratiquée au niveau de l'anneau avait fait disparaître la saillie qui existait à l'extérieur.

Obs. II. — Au mois d'août de cette année, on m'appelle à la hâte dans une maison de Clermont pour y voir une domestique qui se plaint d'éprouver des coliques très-violentes.

Cette fille, qui est âgée de quarante-deux ans, est douée d'une bonne constitution, et a toujours joui d'une excellente santé. Elle a bien aperçu depuis quelques années une petite grosseur au pli de l'aine gauche, mais elle n'y a jamais attaché une grande importance ; elle ne remarquait même pas si elle rentrait ou sortait du ventre.

Dans la nuit du 8 au 9 août, elle a une indigestion, et dans un effort qu'elle fait pour vomir, la grosseur sort de l'abdomen en prenant un volume bien plus considérable que celui qu'elle a eu jusqu'à présent.

A la vue et au siége qu'occupe la tumeur, à sa dureté et à sa tension, je ne doute pas que ce ne soit une hernie crurale étranglée. Je fais quelques tentatives de taxis qui restent infructueuses; je recommande à la malade de les renouveler de temps en temps, et je prescris des sachets remplis de glace.

Sous l'influence de cette médication, les accidents n'augmentent pas; mais la tumeur reste toujours la même; sa tension est telle que je crains l'existence d'un étranglement très-fort. Je me décide à opérer dans la soirée.

La malade me dit alors qu'elle a ses règles, mais qu'elles sont sur le point de finir. Cette considération ne pouvait m'arrêter.

L'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané donne issue à une quantité de sang plus considérable qu'à l'ordinaire. Les recherches les plus attentives ne me font cependant découvrir aucun vaisseau susceptible d'être lié. Je me borne alors à absterger la plaie, et je continue l'opération.

Le sac est très-mince, étroitement appliqué sur l'intestin; je le divise avec un bistouri conduit sur une sonde cannelée. Une anse intestinale grêle constitue la hernie: sa couleur est d'un rouge violacé.

Un bistouri boutonné lève l'étranglement, ce qui permet d'amener à l'extérieur l'anse intestinale ; elle a été fortement serrée par l'anneau, comme l'indique un sillon circulaire.

Le doigt, glissé dans l'ouverture, éprouve une légère résistance

formée par une bride transversale située à quelques millimètres au-dessus de l'anneau. Je crains, en réduisant, de pousser l'intestin dans cette espèce de cul-de-sac, et je coupe sur mon doigt cette bandelette fibreuse qui est peut-être l'arcade crurale elle-même, l'intestin s'étant échappé par quelque ouverture du fascia cribriforme. La réduction devient dès lors très-facile, et je puis m'assurer que l'anse étranglée flotte librement dans la cavité abdominale.

La plaie fournit bien un peu plus de sang qu'à l'ordinaire, mais cela ne m'étonne pas dans la circonstance actuelle; aussi, au lieu d'introduire, comme à l'ordinaire, un linge troué enduit de cérat, par-dessus lequel on place des tampons de charpie, je glisse des boulettes de charpie assez serrées que je presse ensuite fortement, et je recommande à la malade d'appuyer les doigts sur le bandage triangulaire qui recouvre l'appareil.

Une heure à peine s'est-elle écoulée qu'une hémorrhagie se déclare. Je conseille des applications d'eau froide; elles sont inefficaces. Je me rends alors auprès de la malade, et j'enlève toutes les pièces du pansement qui sont baignées de sang artériel; la plaie est ainsi mise à découvert.

Le sang sort en nappe des parties profondes; il paraît fourni par les vaisseaux qui se distribuent aux muscles de l'abdomen, car je ne puis croire à la lésion d'une artère d'un certain calibre.

Je comprime avec le doigt pendant que l'on court à la pharmacie la plus voisine chercher du perchlorure de fer; pendant ce temps, on projette de l'eau froide au visage de la malade, qui est dans un état de demi-syncope. Je glisse ensuite entre les lèvres de la plaie de petits tampons de charpie imbibés de perchlorure de fer, et je recommande aux personnes qui entourent la malade d'exercer à tour de rôle une compression légère au pli de l'aine. Cette médication a réussi, comme je l'espérais; la guérison a été retardée par cet incident, mais elle n'en a pas moins été heureuse.

Quoique cet écoulement de sang ait été assez abondant pour m'inspirer quelques inquiétudes, les conditions dans lesquelles était la malade contribuaient à me rassurer.

J'ai parcouru les principaux traités de chirurgie où il est question des hernies étranglées et des opérations qu'elles réclament; j'ai relu les traités de Scarpa et de Lawrence, je n'y ai rien trouvé d'analogue aux faits relatés dans ce travail.

Je n'ai observé, en ce qui me concerne, que deux fois des hémorrhagies, et ces deux exemples constituent les deux observations que je publie; elles m'ont paru assez intéressantes pour appeler sur elles l'attention de la Société de chirurgie.

En dehors de l'état menstruel, une hémorrhagie pendant ou après l'opération d'une hernie est un accident grave qui exige un traitement énergique. Si la femme se trouve au contraire dans les conditions où étaient placées mes deux malades, le pronostic devient bien moins sérieux.

Dans le premier cas, il faut songer à la ligature du vaisseau; dans le second, on peut se borner à l'emploi des absorbants ou des cathérétiques aidés d'une compression légère.

Il est donc bien important de connaître l'état dans lequel se trouvent les femmes que l'on opère, car il peut exercer une grande influence sur les indications thérapeutiques.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 18 novembre 1863.

Présidence de M. Depaul.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit de M. Guyoux (de Saint-Jean-d'Angely) une brochure intitulée *De la rage; analyse des travaux parus sur ce sujet jusqu'à ce jour.* (Remercîments à l'auteur.)

ÉLECTION.

La Société est appelée à nommer une commission de quatre membres, chargée d'examiner les titres des candidats aux places de membres correspondants nationaux.

MM. Richet, Morel-Lavallée, Broca et Trélat ayant obtenu la majorité des suffrages, sont nommés membres de la commission.

COMMUNICATION.

M. TRÉLAT communique l'observation suivante :

Hernie crurale étranglée. — Opération. — Fistule stercorale consécutive. — Guérison.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société un fait de hernie crurale suivie de fistule stercorale, qui m'a paru présenter de l'intérêt. Dans la longue discussion qui eut lieu en 1861 au sein de la Société

de chirurgie, à propos de l'importante observation de M. Bauchet, bien des points de pratique furent examinés, bien des opinions émises. Je me suis trouvé, il y a quelques mois, en présence d'un cas qui me forçait à prendre un parti immédiat. L'événement a justifié ma manière d'agir. Je viens vous exposer les phases de l'observation.

Je fus appelé le 17 août dernier auprès d'une dame de quarante ans environ, atteinte de hernie crurale étranglée. La malade n'avait jamais porté de bandage. Depuis quelques mois elle avait ressenti une douleur aiguë et passagère dans l'aine droite, sans y accorder d'attention.

L'étranglement s'était produit brusquement le 15 août au soir. Un faux pas avait déterminé une douleur vive, persistante, s'irradiant dans tout le ventre, avec faiblesse générale et menaces de syncope. Ramenée chez elle en voiture, la malade avait beaucoup souffert touto la nuit. Le lendemain, tentatives de réduction répétées, énergiques mais infructueuses. Vers le soir, vomissements liquides, brun jaunâtre; persistance des douleurs vives; suppression absolue des selles.

Le 17 août, à dix heures du matin, 40 heures environ après le début des accidents, je vois la malade. On n'avait pas employé le chloroforme dans les précédentes tentatives de taxis. J'endors la malade avec l'intention de faire le taxis très-doucement, car la peau conserve les traces des pressions énergiques de la veille, et si je ne réussis pas, de procéder incontinent à l'opération.

Je n'obtiens rien par le taxis, l'opération est commencée. D'après les renseignements qui m'avaient été donnés par la malade, personne intelligente et soigneuse, je devais croire que la hernie, jusque-là contenue dans le canal crural, avait pour la première fois fait irruption à travers sa paroi antérieure, au moment où les accidents d'étranglement avaient débuté.

Les premiers temps de l'incision me confirmèrent dans cette opinion; bien que le tissu cellulaire sous-cutané fût infiltré de sérosité rougeâtre, j'arrivai très-rapidement sur le sac, sans rencontrer ces feuillets aponévrotiques superposés, qui existent dans les hernies un peu anciennes. Le sac contenait une très-petite quantité de liquide séreux; l'intestin, d'un rouge très-sombre, était tendu, congestionné, mais résistant, sans aucun point gris ou jaunâtre d'aspect gangréneux. L'anse herniée avait le volume d'un gros marron; son pédicule était étroitement serré dans un petit anneau accidentel formé par le fascia crébriforme, ce qui put être reconnu de la manière la plus nette.

Je fis le débridement en haut et en dehors à l'aide d'un très-mince bistouri boutonné, et je pus alors examiner la portion d'intestin qui

était en rapport avec l'orifice constricteur. Celle-ci était saine dans toute son étendue ; cependant je remarquai pendant cette exploration que l'anse intestinale, très-mobile en haut, en bas et en dehors, semblait retenue vers son côté interne dans la profondeur du canal crural. En effet, la réduction fut facile pour la presque totalité de l'anse herniée, le bout de mon doigt la suivait jusque dans la cavité abdominale ; mais en dedans, après des tentatives douces mais réitérées, il me parut qu'il existait des adhérences profondes, adhérences ne déterminant aucun étranglement, mais ayant pour résultat de maintenir dans le fond de la plaie une très-petite portion d'intestin. Un moment j'hésitai, me demandant s'il ne fallait pas opérer la réduction malgré ces adhérences, qui me semblaient très-faciles à rompre. Mais bientôt, constatant que l'étranglement était levé, qu'en laissant l'intestin au fond de la plaie, rien ne faisait obstacle au cours des matières, tandis qu'en essayant de détruire des adhérences que je ne pouvais voir, je m'exposais à des accidents incertains et peut-être même à déterminer une perforatiou de l'intestin, je me décidai à laisser les choses en l'état qui suit, étranglement levé, intestin réduit, petite partie de la paroi intestinale apparaissant au fond de la plaie.

Après l'opération, calme et cessation de la douleur ; plus aucune nausée ; le lendemain matin, une petite selle.

Ici j'abrége ; l'état de la malade était très-satisfaisant ; le troisième jour, il y eut une selle abondante et presque moulée. Un peu d'appétit, pas de fièvre.

Je conservais, malgré cette marche favorable, une certaine appréhension sur la petite portion d'intestin qui, dans une largeur de 1 centimètre carré environ, offrait une couleur d'un gris terne, et j'avais exprimé ces craintes au médecin habituel de la malade, en ajoutant toutefois que si l'intestin se perforait, il n'y aurait, selon toute probabilité, qu'une fistule stercorale qui guérirait spontanément, puisque le cours des matières fécales n'était pas interrompu.

En effet, le neuvième jour qui suivit l'opération, après quelques douleurs lancinantes dans la plaie et à son voisinage, des matières fécaloïdes liquides inondèrent la malade et son lit. L'écoulement persista avec une notable abondance pendant quatre jours ; cependant, à ce moment, nous pûmes obtenir une selle solide par les voies naturelles à l'aide d'un lavement laxatif.

La santé restait bonne, et dès le cinquième jour on pouvait constater une tendance marquée au rétrécissement de l'orifice intestinal.

Cinq jours plus tard, la plaie se fermait complétement, mais non définitivement ; l'occlusion trop prompte peut-être de la fistule déter-

mina une crise de douleurs abdominales avec inappétence absolue, léger mouvement de fièvre; pas de selles normales.

Au bout de dix heures, la plaie se rouvrait, laissait couler une quantité modérée de liquide fécaloïde, et la crise cessait presque aussitôt. C'était un effort do guérison, mais un effort prématuré et par cela même avorté.

Trois jours après, je crus pouvoir favoriser cette tendance à la guérison.

Après avoir vidé complétement l'extrémité de l'intestin à l'aide d'un lavement, je fis prendre une bouteille d'eau de Pullna. Ce purgatif détermina une abondante évacuation de liquide par l'orifice de la fistule; mais vers le soir, le liquide cessa de couler; la plaie resta sèche, et pour ainsi dire placée dans les conditions les plus favorables à une guérison, qui d'ailleurs était parfaitement préparée.

Celle-ci ne se fit pas attendre, et le 12 septembre elle était achevée localement; la fistule stercorale était définitivement fermée.

Pendant les jours suivants, il y eut quelques accidents légers du côté des voies digestives; le passage régulier des matières fécales avait quelque peine à s'effectuer d'une façon tout à fait normale. Il faut ajouter que notre malade était extrêmement maigre, très-faible; son appétit, toujours médiocre, avait encore diminué à la suite de ces longs jours de souffrance. Néanmoins, quelques toniques, une alimentation choisie, le séjour au soleil et un peu d'exercice triomphèrent assez facilement de cet état, et depuis la fin de septembre la guérison peut être considérée comme complète. J'ai depuis fait porter à notre malade un léger bandage de précaution, et elle a repris les habitudes de sa vie.

Cette observation me semble prouver en faveur de la conduito qui a été défendue dans le sein de la Société par M. Gosselin : laisser l'intestin en place après le débridement s'il y a quelque crainte sur la solidité des parois intestinales. Que serait-il advenu si j'avais voulu, et il n'y fallait pas grand effort, refouler l'intestin dans la cavité abdominale ? Suivant toute probabilité, la perforation se serait faite dans le péritoine, peut-être très-promptement, peut-être au bout d'un temps plus long. Ici, au contraire, nous n'avons eu aucun accident grave, car lorsque la perforation s'est faite, les adhérences de la totalité de la plaie avaient mis le péritoine à l'abri de tout contact des matières fécales.

J'ai été frappé encore de la facilité, de la promptitude avec laquelle la plaie a marché vers la guérison, et particulièrement de l'influence du purgatif administré pour terminer la cure, influence qui a déjà été

notée par d'autres chirurgiens et sur laquelle, je crois, Delpech avait insisté.

M. MARJOLIN. Je désirerais savoir au bout de combien de temps on avait fait des tentatives de taxis, et si déjà il n'y avait pas des adhérences lorsque M. Trélat a été appelé. Je ferai remarquer à cette occasion que beaucoup de personnes portent des hernies sans s'en douter. Ainsi, je me rappelle avoir vu une dame qui croyait avoir des coliques hépatiques, et qui, il y a quelques semaines, me fit appeler parce qu'elle était prise de vomissements. Je découvris une hernie que je réduisis immédiatement, et depuis cette époque les accidents ont cessé. Le même cas s'est présenté chez un homme qui avait une hernie inguinale.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 25 novembre 1863.

Présidence de M. DEPAUL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit de M. Rivaut, professeur à l'École de médecine de Lille, une brochure intitulée : *La vérité et M. Malapert.*

Elle reçoit encore la bibliothèque des cours populaires de Guebwiller et les Actes de l'Académie médicale de Milan.

M. FOLLIN présente, au nom de M. Pize (de Montélimart), une **Observation de fistule vésico-vaginale opérée et guérie par les procédés américains.**

La malade, âgée de quarante et un ans, accoucha pour la seconde fois le 15 mai 1853. L'accouchement fut terminé par une application de forceps. Au bout de onze jours, une eschare de la cloison vésico-vaginale se détacha et l'urine s'écoula par la plaie ; la fistule était transversale et avait trois centimètres de diamètre.

M. Pize fit une première opération par le procédé de Bozeman, le 23 juillet 1863. Les fils furent enlevés le dixième jour, mais on constata un insuccès complet.

Le 16 septembre, une nouvelle opération fut pratiquée par M. Pize, qui cette fois n'employa pas la plaque de M. Bozeman, mais se con-

tenta, après avoir avivé les lèvres de la fistule, de les réunir par six fils de fer recuit, qu'il tordit selon les indications de M. Sims. Ces six fils passés et tordus, M. Pize s'aperçut qu'un point de la fistule n'était pas tout à fait réuni, et il y passa un septième fil. Après l'opération, l'opium fut administré pour provoquer la constipation; toutefois, le 23, la malade eut une garde-robe.

Le 27, on enleva les fils, la fistule parut réunie dans la plus grande partie de son étendue; mais, en injectant du liquide dans la vessie, on le vit sortir vers le côté gauche de la cloison vésico-vaginale. Là, en effet, existait une solution de continuité dont la lèvre antérieure était granuleuse, mais dont la lèvre postérieure n'avait pas de bourgeons charnus. M. Pize cautérisa et aviva cette lèvre postérieure et la réunit à la lèvre opposée par un point de suture qui fut enlevé le 10 octobre.

La guérison était complète à cette époque.

M. Pize ajoute à cette observation quelques remarques pratiques sur les différents temps de l'opération et sur les modifications qu'il leur a fait subir. (Renvoyé à M. Trélat.)

M. JARJAVAY. Je saisis cette occasion pour rendre hommage à l'habileté de M. Marion Sims, qui, dans mon service, a opéré avec succès une large fistule vésico-vaginale. Cette fistule avait trois centimètres de diamètre et n'avait pas de lèvre supérieure.

M. LARREY. J'ai assisté à l'opération pratiquée par M. Marion Sims dans le service de M. Jarjavay; je l'ai engagé à rassembler tous les faits de sa pratique, et je sais qu'il s'occupe en ce moment de ce travail.

Luxation du fémur. — M. LEGOUEST lit un rapport sur un travail de M. le docteur Servier.

La Société m'a chargé d'examiner une observation qui lui a été adressée par M. le docteur Servier, médecin-major de deuxième classe au 25e régiment de ligne, et intitulée : *Luxation ilio-ischiatique; autopsie. — Disposition spéciale et non encore observée du muscle pyramidal formant obstacle à la réduction.*

J'extrais de cette observation les particularités dignes de fixer votre attention. Un soldat tomba d'une falaise à pic, élevée de plus de quarante mètres, et succomba peu d'instants après son transport à l'hôpital (Oran, Algérie). Il présentait les signes d'une luxation ilio-ischiatique de la cuisse droite.

M. le docteur Servier voulut, comme étude, essayer de réduire la luxation à l'amphithéâtre d'anatomie. N'ayant pu y réussir, il disséqua la région et constata la déchirure complète de la capsule articulaire

en arrière, la rupture complète du ligament rond, la sortie totale de la tête du fémur de la cavité cotyloïde; enfin, la disposition du muscle pyramidal tendu comme une corde et fortement appliqué au-dessous de la tête fémorale, à moitié enroulé autour de l'os, si bien que le col du fémur était, dit notre confrère, comme accroché à ce muscle.

Voici comment M. Servier se rendit compte des déplacements successifs de la tête du fémur :

« Elle s'était échappée par l'échancrure postérieure de la cavité cotyloïde, en déchirant la capsule articulaire et en rompant le ligament rond; elle avait remonté dans la fosse iliaque, entraînant avec elle le muscle pyramidal par l'insertion de ce muscle au grand trochanter. Mais le mouvement d'ascension avait été arrêté par l'insertion fixe du muscle pyramidal au sacrum; et à un moment donné, le muscle, obliquement dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, avait été dépassé par la tête de l'os. Alors s'était terminé le mouvement de rotation en dedans de la cuisse, qui avait eu pour effet d'enrouler en partie le muscle pyramidal autour du fémur, sur le col duquel il était tendu comme une corde, suspendant, pour ainsi dire, la tête fémorale. »

M. Servier a essayé de reproduire sur le cadavre la disposition précédente des parties; il a vu qu'après une dissection préalable de l'articulation coxo-fémorale, si on repousse en haut la tête du fémur, on peut la porter jusqu'au-dessus du muscle pyramidal, et qu'en imprimant alors au membre inférieur un mouvement de rotation en dedans, le col du fémur se porte sous le muscle tendu, qui l'étreint comme une écharpe.

« Dans cette circonstance, dit-il, la réduction est impossible par des tractions directes en bas, à moins de rompre le muscle pyramidal. La manœuvre qui réussit le mieux à dégager la tête du fémur consiste à mettre d'abord le membre dans l'extension, puis à lui imprimer un mouvement étendu de rotation en dehors. »

L'extension, suivant notre confrère, diminue la tension du muscle pyramidal, et la rotation en dehors ramène la tête du fémur au-dessous de ce muscle et la met en liberté.

Cette observation offrirait donc l'exemple d'une nouvelle cause d'irréductibilité de quelques luxations de la hanche, et les recherches de M. Servier donneraient le moyen propre à triompher de cet obstacle.

Les détails de l'autopsie ne donnent pas la description de la situation exacte de la tête du fémur; mais les expériences faites par notre confrère l'amènent à conclure que le déplacement en haut de la tête du fémur doit être très-considérable pour qu'elle soit étranglée par le pyramidal.

Le titre de « luxation iliaque » conviendrait donc mieux à cette observation que celui de luxation iléo-ischiatique.

M. le docteur Parmentier a communiqué à la Société anatomique (*Bullet. de la Soc. anat.*, 1850, p. 177) une observation présentant avec celle-ci une grande analogie :

« Une jeune femme de vingt-cinq ans se précipita du quatrième étage. A l'autopsie, on trouva entre autres lésions une luxation de l'articulation coxo-fémorale gauche. La moitié postérieure de la capsule est largement déchirée ; le ligament rond est détaché de la tête du fémur. Cette tête est sortie de la cavité cotyloïde par son côté inférieur et postérieur ; elle s'est fait jour entre le bord inférieur du muscle pyramidal et le bord supérieur du muscle obturateur interne, et se trouve placée immédiatement au-dessous du grand fémur. La partie la plus postérieure de cette tête repose sur l'épine sciatique. Le col du fémur est pour ainsi dire étranglé dans la boutonnière musculaire que forment les muscles pyramidal et obturateur interne, et cette boutonnière, même sur le cadavre, même sur la pièce disséquée, s'oppose énergiquement à la réduction de la luxation. Le grand trochanter est appliqué à plat sur la cavité cotyloïde ; son bord antérieur regarde presque en arrière ; il en résulte que le membre a subi un mouvement de rotation en dedans de plus d'un quart de cercle. »

La lecture de cette observation me donna à penser que, dans le fait de M. Servier, le muscle pyramidal ne constituait pas le seul obstacle à la réduction de la luxation et m'engagea à faire quelques expériences sur ce sujet. Je disséquai l'articulation de la hanche en conservant les muscles ; j'incisai la capsule articulaire en regard de l'échancrure postérieure de la cavité cotyloïde et je coupai le ligament rond à son attache à la tête du fémur. Celle-ci fut luxée en arrière et remontée très-haut dans la fosse iliaque externe, jusqu'au-dessus du muscle pyramidal. J'éprouvai une très-grande difficulté à la faire saillir entre ce muscle et le petit fessier. Après avoir mis le membre dans la position que lui imprime la luxation iliaque, je constatai les phénomènes suivants :

La tête du fémur est en rapport en dehors avec la face interne du moyen fessier ; elle repose en dedans sur le petit fessier ; elle passe à travers une boutonnière musculaire qui étreint le col du fémur et qui est constituée en arrière et en dehors par le muscle pyramidal, l'obturateur interne et les jumeaux ; en avant et en dedans par le bord postérieur du petit fessier, dont les fibres partent de la partie supérieure de l'échancrure sciatique jusqu'à la partie antérieure du grand trochanter, et sont très-tendues par le mouvement de rotation en dedans du fémur.

La section de l'une des deux lèvres de la boutonnière permet la réduction de la tête ; la section du bord postérieur du petit fessier rend la réduction plus facile que la section du pyramidal. Les muscles restent intacts ; la flexion prononcée, combinée à la rotation et à l'abduction du membre, dégage la tête fémorale et la fait rentrer dans sa cavité.

Il est donc plus que probable que dans l'observation de M. Servier, comme dans celle de M. Parmentier, la tête du fémur était étranglée par une boutonnière musculaire ; celle-ci formée par le pyramidal et l'obturateur interne, celle-là par le bord inférieur du petit fessier et le pyramidal. Pour que cet accident se produise, c'est-à-dire pour que la tête du fémur passe à travers le plan musculaire formé par l'obturateur interne, les jumeaux et le pyramidal, il faut que la violence traumatique soit très-considérable, porte le membre dans l'adduction forcée, et fasse remonter la tête fémorale très-haut sur la face externe de l'os iliaque.

La rotation du membre en dehors conseillée par M. Servier est très-logique ; elle relâche en effet le pyramidal et la portion postérieure du petit fessier, qui physiologiquement font tourner le fémur en dehors. Mais elle ne peut être exécutée qu'autant que la tête du fémur a été ramenée en bas, et dans l'espèce ce dernier mouvement ne peut être obtenu par des tractions de la cuisse dans l'extension. Mes expériences m'ont démontré que la flexion forcée de la cuisse sur le bassin fait descendre la tête fémorale, et que, combinée à l'abduction et à la rotation simultanée du membre en dehors, elle permet la réduction de la luxation.

Dans son mémoire *sur le rôle de la déchirure capsulaire dans la réduction des luxations récentes de la hanche,* M. Gellé déclare fausse la théorie des boutonnières musculaires comme moyen d'expliquer les cas d'irréductibilité (*Archives générales de médecine*, avril 1861) ; il invoque l'emploi d'un procédé vicieux et impropre à ramener la tête du fémur en regard de la déchirure de la capsule. Dans les luxations iliaques où la capsule est rompue parallèlement au col et dans sa moitié antéro-postérieure et inférieure, l'extension ne fait qu'appliquer la tête plus fortement sur la face supérieure de la capsule et du sourcil cotyloïdien où elle s'est logée par migration, tandis que la flexion la ramène de la fosse iliaque vers l'ischion, distend la partie supérieure de la capsule et permet la réduction.

Acceptant cette théorie, on la compléterait, à notre avis, en admettant que les déchirures faites par la tête du fémur, passant soit à travers les muscles, soit à travers les interstices musculaires, peuvent jouer un rôle analogue aux déchirures capsulaires. Dans la luxation

qui nous occupe, la tête du fémur repose sur la partie postérieure du petit fessier ; l'extension du membre ne fait qu'exagérer cette disposition, et il est nécessaire pour dégager la tête de la ramener en regard de la déchirure qu'elle a produite entre le petit fessier et le pyramidal, afin de la lui faire franchir, ce à quoi on arrive par la flexion. Les boutonnières formées par les muscles ajoutent donc aux difficultés signalées par M. Gellé; le chemin parcouru par la tête de l'os et qu'il s'agit de lui faire parcourir de nouveau en sens inverse étant plus long et entravé par l'interposition des muscles ou de leurs tendons entre la tête et la cavité, ou par la tension de quelqu'une de leurs parties déterminée soit par la position même du membre luxé, soit par le procédé de réduction employé.

La flexion de la cuisse sur le bassin appliquée à la réduction des luxations iliaques n'est pas nouvelle : Pouteau, Hey, MM. Colin et Després s'en sont occupés. Lorsque, en général, les procédés ordinaires ont échoué, elle peut être employée en raison de sa simplicité et de son innocuité; dans les cas toujours difficiles ou impossibles à diagnostiquer dont nous nous occupons, elle a seule quelques chances de succès.

J'ai l'honneur de vous proposer d'adresser des félicitations et des remercîments à M. Servier pour son intéressante communication, et de l'engager à nous en faire de nouvelles.

M. LARREY demande que M. Servier, qui est un des médecins les plus laborieux de l'armée, soit inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. LE PRÉSIDENT fait remarquer que cette inscription ne peut avoir lieu que sur la demande des candidats.

Les conclusions du rapport de M. Legouest sont mises aux voix et adoptées.

Luxation scapulo-humérale. — M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai l'honneur de présenter à la Société une pièce pathologique qui peut servir à compléter l'histoire des luxations de l'épaule. Les autopsies de luxation récentes de l'épaule sont rares, et la pièce que je montre ici offre une disposition qui me paraît importante. La tête humérale ne repose pas immédiatement sous l'apophyse coracoïde, elle correspond au petit pectoral et soulève le grand pectoral; elle ne remonte pas jusqu'à la clavicule, mais est appliquée contre le thorax, et les vaisseaux sont repoussés en dedans. La capsule a été arrachée tout autour de la tête de l'humérus, et on la trouve autour de la cavité glénoïde. Les mus-

cles sus et sous-épineux ont été arrachés à leur insertion humérale, et ils ont emporté avec eux une lamelle de l'os. L'humérus n'était plus soutenu que par le coraco-brachial, la courte portion du biceps et le grand pectoral; le nerf circonflexe n'est pas distendu.

M. RICHARD. Je ne partage pas l'opinion de M. Morel quant à la détermination de l'espèce de luxation qu'il nous présente. Je vois là un exemple de luxation intra-coracoïdienne, la plus commune de toutes, et les autopsies en sont nombreuses. L'arrachement de la grosse tubérosité humérale ne doit pas surprendre, il est indispensable pour que la tête puisse s'avancer en dedans de l'apophyse coracoïde. C'est pour cela que l'humérus est dans la rotation en dedans, tandis que dans la luxation sous-coracoïdienne la rotation est externe, parce que les muscles sus et sous-épineux sont intacts. La pièce de M. Morel-Lavallée est le type des luxations intra-coracoïdiennes.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je crois qu'il existe beaucoup trop d'espèces de luxation de l'épaule, et que le mieux serait de travailler à en restreindre le nombre. Le chirurgien qui ramènera toutes ces divisions à celle de J. L. Petit rendra un véritable service.

Je suis vraiment surpris de la façon dont M. Richard interprète cette pièce après l'avoir si peu vue. Tous les muscles sont rompus, la capsule est arrachée, et l'on pourrait porter l'humérus où l'on voudrait ; il est, comme disait Gerdy, dans une situation vague.

Je ne tiens pas à la dénomination que l'on voudra donner à cette luxation, j'ai seulement voulu montrer l'étendue de la lésion ; mais je n'accepte pas ce qu'a dit M. Richard, car dans les cas dont il parle, il reste des débris de capsule et des muscles intacts.

M. TRELAT. Je demanderai à M. Richard si pour lui la rotation interne de l'humérus est le signe de la luxation intra-coracoïdienne, et la rotation externe celui de la luxation sous-coracoïdienne.

M. RICHARD. Pour moi, cette règle est absolue.

Luxation des vertèbres. — M. RICHET communique deux observations de luxation de la colonne vertébrale.

La question des luxations du rachis est aujourd'hui encore pleine d'obscurités. Lorsqu'en 1851 je fus appelé à faire sur ces luxations une thèse pour un concours de clinique chirurgicale, je dus réunir tous les faits épars dans les journaux scientifiques et tirer de ces observations une description symptomatologique qui ne pouvait manquer de laisser de nombreux *desiderata*. Depuis cette époque j'ai eu l'occasion

d'en observer plusieurs cas, et, pour le dire incidemment, je crois ces luxations beaucoup moins rares que ne pourrait le faire supposer le petit nombre d'observations publiées jusqu'à ce jour; dernièrement encore j'en ai recueilli deux cas dans la même semaine dans mon service de la Pitié, et ce sont ces deux cas, intéressants à plus d'un titre, que je désire soumettre aujourd'hui à la Société de chirurgie.

Dans l'un il s'agit d'une luxation latérale gauche de la cinquième vertèbre cervicale sur la sixième; le malade succomba promptement aux suites d'une déchirure de la moelle épinière. Dans l'autre, nous avons eu affaire à une luxation latérale de la quatrième vertèbre cervicale sur la cinquième, *selon toute probabilité;* et si je dis selon toute probabilité, c'est que heureusement chez ce malade auquel j'ai réduit la luxation et que je vous présente étant guéri aujourd'hui, nous n'avons pu nous assurer de la réalité du diagnostic que par les symptômes, et on verra par la lecture de ces deux observations que non-seulement ils sont parfois difficiles à apprécier, mais qu'ils peuvent faire presque complétement défaut. Serait-ce là une des causes du petit nombre d'observations consignées dans les archives de la science? Pour mon compte, je ne serais pas éloigné de le penser.

Avant de vous présenter mes réflexions sur ces deux faits, permettez-moi de faire passer sous vos yeux une analyse succincte des observations.

I. — *Luxation latérale gauche de la cinquième vertèbre cervicale sur la sixième. — Troubles fonctionnels d'une altération de la moelle. — Peu de signes physiques apparents de déplacement. — Mort. — Autopsie.*

Pierre B..., âgé de vingt-deux ans, homme d'équipe au chemin de fer d'Orléans, tomba le 1er août 1863 du haut d'un wagon de charbon de terre, la tête en avant, sur le quai, d'une hauteur de quinze pieds environ. Immédiatement perte de connaissance et résolution des membres. Transporté à la Pitié pendant la visite, nous constatons les symptômes suivants :

Le malade revenu à lui a conservé toute son intelligence, seulement la parole est un peu lente et tremblante; les traits du visage expriment la souffrance. Les membres inférieurs sont dans la résolution la plus complète, les supérieurs peuvent encore exercer de petits mouvements imperceptibles. La sensibilité est abolie non-seulement dans les membres, mais dans le tronc jusqu'au niveau du mamelon. Toutefois la piqûre d'une épingle détermine dans les membres supérieurs et inférieurs une légère contraction par action réflexe, et le malade

n'accuse aucune douleur. La respiration est purement diaphragmatique, les côtes ne se soulèvent pas.

Le malade accuse une assez vive douleur dans la région cervicale, en arrière, au niveau des quatre dernières vertèbres cervicales. Cette douleur augmente lorsqu'on veut soulever le malade pour essayer de l'asseoir sur son séant, ce qu'on ne parvient à faire qu'avec beaucoup de peine. Il n'y a d'ailleurs aucune ecchymose dans cette région, non plus qu'aux téguments du crâne.

Le malade, invité à imprimer des mouvements à sa tête et à son cou, peut le faire sans paraître très-gêné; cependant il nous semble avoir la tête un peu fléchie en avant, mais c'est peu de chose; le cou est aussi plus roide, mais parfaitement droit et sans inclinaison.

La région cervicale, explorée avec soin latéralement et en arrière, ne nous offre d'autre irrégularité qu'un enfoncement assez notable situé immédiatement au-dessus de l'apophyse épineuse de la sixième vertèbre cervicale; encore cet enfoncement existe-t-il à un degré presque aussi prononcé chez un voisin de ce malade que nous explorons comparativement.

J'examine alors l'arrière-gorge, je n'y vois ni saillie ni ecchymose, jusqu'au-dessous de l'orifice supérieur du larynx, et portant le doigt au fond du pharynx, je ne trouve aucune irrégularité dans la conformation des corps vertébraux.

Les mouvements de déglutition se font avec une certaine difficulté; cependant je fais boire le malade devant nous, et il avale un demi-verre de liquide sans éprouver autre chose qu'un peu de gêne.

Le diagnostic reste très-hésitant entre une fracture, une luxation ou une simple commotion de la moelle. — Six ventouses sont appliquées à la partie postérieure de la région cervicale.

Le 2 août, la face est rouge, sueurs abondantes, pouls fréquent et plein; le malade n'ayant pu uriner, on pratique le cathétérisme. On s'aperçoit alors qu'il est en érection; interrogé sur ce phénomène, il prétend qu'il est dans cet état depuis son accident.

Les phénomènes de paralysie se sont confirmés; il n'y a plus le moindre mouvement dans les membres supérieurs, et le mouvement réflexe a cessé dans les inférieurs. — On pratique une saignée de 400 grammes.

Le 3, mêmes phénomènes. L'intelligence est nette, la parole lente. L'abdomen se météorise, point de selles depuis l'accident; la respiration est purement diaphragmatique; persistance du priapisme. Un examen approfondi de la région cervicale ne révèle rien de plus que le premier. — Saignée de 150 gr.; deux verres d'eau de Sedlitz; cathétérisme pratiqué matin et soir.

Le 4, rien de nouveau à noter ; même état que la veille, garde-robes copieuses.

Le 5, les mouvements commencent à reparaître dans les membres supérieurs ; ainsi le malade peut fléchir les avant-bras, mais les doigts restent dans la demi-flexion.

Le 6, le mouvement des avant-bras est encore plus prononcé qu'hier. — Un gramme de jalap et calomel.

Le 8, affaiblissement notable, un peu de délire, insomnie, selles involontaires. Mort dans la nuit.

Autopsie. — Après avoir découvert la face postérieure de la colonne vertébrale en enlevant les muscles, nous observons une grande mobilité du rachis, entre la cinquième et la sixième vertèbre ; point de fracture ni des lames ni des apophyses épineuses. L'arc vertébral postérieur étant enlevé avec soin, nous trouvons un vaste épanchement sanguin entre la dure-mère et les os. Nous extrayons alors du canal la moelle avec la dure-mère, et, en incisant cette dernière, nous trouvons au point correspondant à la cinquième vertèbre, sur la face postérieure de la moelle, un endroit faisant saillie et offrant au doigt la sensation d'un point ramolli. La pie-mère incisée nous permet alors de constater un ramollissement très-notable des faisceaux postérieurs dans l'étendue d'un centimètre. Les faisceaux antérieurs offrent également un ramollissement bien évident dans une étendue aussi considérable. La substance grise centrale est très-différente dans le point correspondant. Un filet d'eau versé à la surface des divers points ramollis entraîne la substance nerveuse, qui ressemble à de la crème un peu épaisse.

Dans la cavité crânienne nous notons un piqueté manifeste de la substance centrale, mais aucune lésion apparente.

Nous passons alors à l'examen de la colonne vertébrale dans sa région cervicale, et la première chose que nous constatons, c'est une mobilité extrême entre la cinquième et la sixième vertèbre. Un épanchement de sang coagulé cache la face postérieure de ces corps vertébraux. Une fois enlevé, on voit que le ligament inter-vertébral a disparu, qu'il a été rompu et qu'un épanchement de sang le remplace ; aussi est-il facile de faire mouvoir la cinquième vertèbre sur la sixième.

Les apophyses articulaires de ces deux pièces osseuses sont écartées de près d'un demi-centimètre. L'apophyse articulaire inférieure gauche de la cinquième a passé au-devant de l'apophyse supérieure de la sixième, et se trouve comme accrochée au-devant d'elle par son bord postérieur. Quant à l'apophyse articulaire inférieure de la droite de la même vertèbre, elle est restée comme suspendue au-dessus de

la même apophyse supérieure de la sixième, dont elle est séparée par un intervalle d'un demi-centimètre. Tous les liens fibreux qui unissent ces apophyses entre elles ont été déchirés. Par suite de cette translation de l'apophyse articulaire inférieure de la cinquième au-devant de sa congénère, toute la vertèbre, et par conséquent toute la partie supérieure de la colonne a subi un léger mouvement de torsion de gauche à droite, en vertu duquel le corps de la cinquième déborde celui de la sixième de plusieurs millimètres à gauche, tandis qu'à droite il est plutôt un peu rentrant.

Si maintenant on essaye d'exagérer ce mouvement de rotation de gauche à droite, on est arrêté par les liens fibreux, qui sont désormais intacts, et par les muscles vertébraux; la rotation de droite à gauche peut se faire au contraire assez facilement, et alors on ramène la partie supérieure de la colonne dans sa direction normale. Il suffit pour cela d'incliner un peu la colonne sur le côté droit; on dégage ainsi l'apophyse articulaire inférieure gauche de la cinquième, et la rotation s'écarte sans difficulté. La réduction est alors aussi complète que possible.

Lorsqu'on reproduit la luxation, on peut voir que le trou de conjugaison qui correspond aux deux vertèbres luxées est du côté gauche notablement rétréci, tandis qu'à droite il n'offre presque aucun changement. Du côté gauche, les racines nerveuses présentent les traces d'une compression non équivoque avec épanchement sanguin périphérique; à droite, on ne trouve rien de semblable.

Le grand surtout ligamenteux postérieur est rompu; l'antérieur n'est déchiré qu'en partie. Les muscles prévertébraux sont intacts; il existe un épanchement sanguin à leur insertion aux corps vertébraux. Point de traces de fracture.

II. — *Luxation latérale gauche de la troisième vertèbre cervicale sur la quatrième. — Réduction. — Guérison.*

D... (Antoine), âgé de douze ans, entre à la salle Saint-Gabriel le 10 juillet 1863.

Voici comment ses parents et lui rapportent l'accident qui lui est arrivé: Il jouait avec d'autres enfants près d'une voiture à bras qu'on avait dressée contre un mur après en avoir enlevé les roues. Ses camarades ayant poussé la voiture, elle lui tomba sur la partie postérieure du cou et le renversa; il resta étendu sans connaissance pendant quelques instants.

Un médecin fut appelé qui lui prescrivit des cataplasmes d'abord, puis des vésicatoires, et lui fit garder le lit pendant trois semaines. Le malade et les parents affirment que dès le jour de l'accident il ne

put plus se servir de ses bras, tandis qu'il pouvait parfaitement mouvoir les membres inférieurs. D'ailleurs, il mangeait et avalait sans beaucoup de difficulté, et ce n'est qu'après deux mois de cet état, regardé d'abord comme peu alarmant, que ses parents, voyant la persistance de la paralysie des membres supérieurs, se décidèrent à l'amener à la Pitié. Voici ce que nous constatons le jour de son entrée :

Le malade étant couché, la tête est légèrement renversée en avant et fortement inclinée sur l'épaule droite avec rotation, de telle sorte que le menton correspond non plus à la ligne médiane, mais à l'articulation sterno-claviculaire droite.

La face est donc tournée du côté droit, et tellement inclinée, que le bord de la mâchoire de ce côté n'est distant de la clavicule que de deux travers de doigt au plus, tandis que du côté gauche il en existe largement quatre ; le cou est arqué, et offre une convexité dirigée à gauche et une concavité à droite.

Pour mieux explorer le malade, nous le faisons asseoir : nous observons alors qu'en outre de la convexité dirigée à gauche, la colonne vertébrale en présente une autre postérieure résultant de l'inflexion du cou en avant déjà signalée ; les apophyses épineuses et transverses ont subi un déplacement en rapport avec cette inflexion.

Ainsi les apophyses épineuses décrivent une courbe à convexité postérieure, tandis que les transverses du côté gauche en décrivent une à convexité dirigée à gauche ; de plus, ces dernières se trouvent situées sur un plan manifestement plus antérieur, par suite de la rotation du cou à droite. Les apophyses transverses du côté droit, de leur côté, sont situées sur un plan postérieur, et décrivent une courbe à concavité dirigée à droite ; cette courbe est même considérable, plus considérable proportionnellement que la convexité de leurs congénères à gauche.

C'est à partir de la cinquième ou sixième vertèbre cervicale que semble commencer la déviation, car c'est l'apophyse épineuse de cette dernière qui paraît la première sortie de la ligne normale.

A gauche, on rencontre un relief saillant et volumineux dû à la contracture du muscle trapèze qui soulève par son bord antérieur contracturé les téguments, et ce n'est qu'en déprimant, non sans difficulté, cette corde élastique qu'on parvient à reconnaître les apophyses transverses. A droite, au contraire, les doigts s'engagent facilement dans la concavité, au fond de laquelle on reconnaît le sommet des apophyses transverses.

L'exploration de la partie antérieure de la colonne vertébrale par le pharynx ne nous fait reconnaître que l'inflexion déjà signalée précédemment ; quant aux corps vertébraux, il ne nous a pas été possi-

ble de déterminer d'une manière bien précise si l'un d'eux avait subi par rapport à l'autre une déviation.

La respiration est parfaitement régulière, sans accélération ; les fonctions digestives sont un peu lentes, mais s'exécutent bien ; le malade urine et va régulièrement à la garde-robe.

Mais c'est sur l'état des membres supérieurs que se fixe particulièrement notre attention. En effet, si les membres inférieurs fonctionnent régulièrement, il n'en est pas de même des supérieurs ; le droit est complétement paralysé du mouvement, le gauche ne l'est qu'incomplétement, car le malade peut encore remuer légèrement les doigts de ce côté et s'en servir pour saisir de gros objets qu'il ne peut d'ailleurs retenir.

Si l'on explore la sensibilité avec une épingle, on s'aperçoit qu'elle n'est pas complétement abolie à droite, et qu'elle persiste à gauche à un degré plus élevé. Le malade accuse de la douleur lorsqu'on le pince, et sous l'influence de ces excitations, on observe des mouvements réflexes dont le malade n'a nullement conscience.

Notons enfin, comme fait curieux, que le malade est sujet depuis son accident à des sueurs profuses de la partie supérieure du tronc surtout ; mais qu'il n'a jamais ni frissons, ni soif, ni aucun symptôme fébrile. Enfin, excepté quand on cherche à imprimer des mouvements à sa tête ou à son bras, il n'éprouve aucune douleur, et encore la souffrance ne paraît pas être très-vive à ce moment.

En présence de ces symptômes, je n'hésite pas à diagnostiquer une luxation de la colonne cervicale, ayant déterminé, par suite de la rotation et de l'inflexion des vertèbres, une compression des branches des plexus brachiaux au niveau des trous de conjugaison rétrécis, compression inégale, plus marquée à droite qu'à gauche.

La difficulté était de préciser le siége et la nature du déplacement et de déterminer la ligne de conduite à suivre ; je priai donc mon collègue et ami M. le professeur Gosselin de m'aider de ses lumières, et après un nouvel examen approfondi du malade, nous tombâmes d'accord, pour des raisons que je dirai plus loin, d'abord qu'il y avait luxation d'une vertèbre cervicale, que la vertèbre luxée était ou la troisième ou la quatrième, sans pouvoir préciser à cause de l'ancienneté de la lésion, et enfin qu'il fallait tenter de réduire, en raison de la paralysie persistante et allant même en s'aggravant des membres supérieurs.

Le malade ayant présenté des symptômes d'embarras gastrique pendant les premiers jours qui suivirent son entrée, nous dûmes remettre nos tentatives de réduction au 18 juillet.

Le malade fut couché et soumis aux inhalations de chloroforme ;

lorsque la résolution fut complète, nous reconnûmes que la contraction musculaire jouait un certain rôle dans les phénomènes d'inflexion et de rotation, car nous pûmes beaucoup plus facilement imprimer des mouvements au cou, et par conséquent explorer et confirmer le diagnostic porté.

Une alèze pliée en écharpe et dont le plein fut appliqué sur la partie postérieure du cou, tandis que les chefs étaient ramenés en avant par-dessus les épaules et fixés aux pieds du lit, servit à faire la contre-extension d'une manière aussi fixe que possible.

Deux aides placés à la tête du lit saisirent la tête du malade avec les mains placées au-dessous de l'occiput et de la mâchoire, et pratiquèrent l'extension.

J'appliquai alors mes mains sur celles des aides dans le but non-seulement d'augmenter la force de traction, mais surtout de la diriger, et alors, dans l'hypothèse que nous avions affaire à une luxation latérale gauche de la troisième ou de la quatrième cervicale, j'inclinai d'abord la tête sur l'épaule droite, comme pour dégager l'apophyse oblique inférieure, que je supposais avoir passé au-devant de la supérieure, puis je pratiquai la rotation de droite à gauche, c'est-à-dire en sens inverse de celle qui constituait la difformité; enfin, je renversai dans un dernier temps la tête et la partie supérieure du cou en arrière.

Pendant ces manœuvres, M. Gosselin pressait avec ses doigts sur les côtés de la colonne, et cherchait à repousser les vertèbres en arrière et à gauche, comme je tendais à le faire de mon côté.

Nous procédâmes avec beaucoup de lenteur et de prudence, et déjà il nous semblait que nous avions sensiblement redressé la colonne, lorsque tout à coup nous perçûmes un soubresaut; je fis alors suspendre les manœuvres, non sans une certaine inquiétude, et nous constatâmes M. Gosselin et moi que l'inflexion de la colonne et surtout la rotation avaient presque disparu. L'enfant avait la face dirigée en avant et le menton sur la ligne médiane sans presque aucune inclinaison de la tête.

Nous jugeâmes prudent de nous en tenir là pour cette fois, et de ne rien tenter de nouveau avant de voir si cette amélioration dans la direction du cou entraînerait une amélioration analogue dans la paralysie des membres supérieurs.

Le malade fut replacé dans son lit et maintenu dans la position que nous avions conquise, à l'aide d'un système d'extension et de contre-extension semblable à celui qui avait servi aux manœuvres opératoires, avec cette différence toutefois que les mains des aides qui fai-

saient l'extension furent remplacées par des bandes passant sous le menton et l'occiput et fixées à la tête du lit.

Dès le lendemain, le petit malade, qui avait passé une très-bonne nuit, pouvait faire de légers mouvements avec le doigt indicateur de la main droite, tandis que les mouvements de la main gauche avaient notablement augmenté. En même temps que nous constations ce retour de la motilité, nous observions que la sensibilité s'était exagérée et que le malade se plaignait vivement lorsqu'on lui touchait simplement la surface cutanée avec le doigt.

Depuis ce moment, les progrès furent réguliers, et chaque jour nous constations une amélioration, que l'application de l'électrisation localisée au bras droit rendit plus rapide encore.

Dès les premiers jours d'août, le malade, auquel j'avais fait appliquer un appareil en forme de collerette pour maintenir sa tête, se levait et se servait de ses mains. Il fléchissait assez facilement l'avant-bras droit sur le bras, mais il restait encore une certaine immobilité des membres, du bras et de l'épaule. Ainsi la paralysie disparaissait graduellement de la périphérie vers le centre.

Aujourd'hui on peut constater qu'il ne reste plus aucune trace de paralysie.

Quant à la direction du cou et de la tête, elle laisse encore à désirer, et, chose remarquable, la légère inclinaison de tête que l'on observe est en sens inverse de celle qui existait au début, c'est-à-dire qu'il a la tête plutôt inclinée du côté gauche. On voit aussi que la face est encore un peu tournée dans la rotation à droite. D'autre part, l'examen de la région cervicale permet de constater que si la ligne des apophyses épineuses n'offre plus cette inflexion latérale de gauche à droite signalée au début, il existe encore une légère incurvation antérieure, la colonne cervicale restant un peu fléchie en avant. Enfin, lorsqu'on palpe les régions latérale et postérieure du cou, on trouve au niveau des troisième, quatrième et cinquième vertèbres cervicales un empâtement dur et résistant dans lequel se trouvent compris les muscles qui semblent ne faire qu'un avec le squelette.

Que s'est-il passé là ? J'incline à croire que par suite des tractions auxquelles nous avons dû nous livrer pour pratiquer la réduction, il s'est établi une sourde inflammation, une sorte d'arthrite chronique, qui se dissipera avec le temps, car déjà elle est moins prononcée qu'elle ne l'était. Toujours est-il qu'il n'existe aucune douleur au toucher et qu'il ne s'en manifeste que quand le malade fait des mouvements un peu étendus. Ces derniers, ceux de rotation surtout, sont assez bornés, et il paraît même qu'ils sont à peu près nuls entre la troisième et la cinquième cervicale. Quant à la flexion, elle s'exécute

assez bien ; mais le redressement du cou et de la tête est pénible et assez limité.

Réflexions. — Ces deux faits appartiennent tous les deux à la variété de luxation que Boyer avait nommée des *apophyses obliques*, que M. Chassaignac nomme *unilatérale en avant*, et que j'ai désignée sous le nom de luxation *articulaire* ou simplement *latérale*, en ajoutant le mot gauche ou droite, selon que l'apophyse articulaire luxée est à gauche ou à droite. (Richet. *Des luxations du rachis*; thèse de concours pour une chaire de clinique chirurgicale, 1851.)

La pièce anatomique que je présente à la Société justifie parfaitement la dénomination que j'avais proposée il y a douze ans; on peut voir en effet que la vertèbre luxée a exécuté en totalité un mouvement de *latéralité* de gauche à droite, et qu'elle se trouve fixée dans cette position par le passage de l'apophyse articulaire gauche inférieure de la cinquième vertèbre, au-devant de l'apophyse articulaire gauche supérieure de la sixième.

Le fait le plus important qui ressort de la lecture de ces deux observations, c'est la difficulté du diagnostic, faute de signes physiques apparents ou suffisants pour permettre de reconnaître le déplacement. Ainsi dans la première observation, malgré un examen d'autant plus attentif que nous soupçonnions la lésion trouvée à l'autopsie, nous n'avons trouvé d'autre signe qu'un enfoncement situé au-dessus de l'apophyse épineuse de la sixième vertèbre cervicale, et encore chez un des voisins du malade, nous trouvions cet enfoncement à un degré moins prononcé il est vrai. Aussi le diagnostic dut-il rester incertain, ce qui dans le cas présent n'avait pas beaucoup d'importance, parce que la gravité des symptômes annonçait une lésion accomplie du cordon rachidien, contre laquelle toute thérapeutique devait rester insuffisante.

Dans la deuxième observation, on a pu voir combien M. Gosselin et moi avions dû apporter de réserve dans l'appréciation des symptômes observés, à ce point que nous n'avions pu affirmer qu'une chose, à savoir, qu'il y avait une luxation. Quant au siége de cette luxation, nous avons pensé qu'il était probablement entre la troisième et la quatrième cervicale, ou entre la quatrième et la cinquième ; et quant à la variété de luxation, qu'elle était probablement latérale gauche.

L'inflexion et la rotation de la tête et du cou sur l'épaule droite nous avaient déterminés pour cette dernière partie du diagnostic.

Il est vrai que dans ce cas l'accident remontait à près de deux mois, et qu'en conséquence les signes que présentait le malade au début pouvaient s'être modifiés. On pouvait, par exemple, supposer

qu'on avait affaire à une fracture et non à une luxation, ou bien à une fracture compliquée d'un déplacement, ou bien simplement encore à une arthrite traumatique. Or, ce qui me fit repousser toute idée de fracture, c'est que la série des apophyses transverses et épineuses offrait bien une déviation, mais une déviation uniforme et régulière, et nulle part une interruption, ce qui aurait dû avoir lieu dans l'hypothèse d'une *fracture avec déplacement des fragments*; et ce qui achèvera de prouver que le diagnostic était bien fondé, c'est le succès des tentatives de réduction, car il serait impossible d'admettre que nous eussions pu rompre un cal datant de deux mois, et être assez heureux en même temps pour réduire le fragment déplacé, qui aurait comprimé les racines des plexus brachiaux des deux côtés à la fois. Il suffira d'ailleurs, pour suivre cette hypothèse que j'ai entendue se produire, de faire remarquer combien rapide est la consolidation des fractures chez les enfants, et quelle solidité offre un cal de deux mois, sur lequel on aurait eu d'ailleurs aussi peu de prise que sur celui-là.

Quant à l'hypothèse d'une arthrite traumatique, elle est insoutenable en présence de ce fait bien constaté, que la paralysie des deux membres supérieurs était apparue dès le lendemain de l'accident. J'admettrais volontiers, cependant, qu'à la luxation se joignait un certain degré d'arthrite, de même qu'après la réduction nous avons noté tous les caractères d'une inflammation chronique péri-vertébrale.

Qu'il me soit permis d'attirer l'attention sur un signe que j'ai cherché, et qui a fait défaut dans les deux cas; je veux parler de la constatation du déplacement du corps de la vertèbre luxée, par l'exploration de la face extérieure de la colonne vertébrale à l'aide du doigt indicateur porté dans le pharynx. Dans le premier cas, on pourrait, à la rigueur, dire que s'il n'a pas été rencontré, c'est que la luxation siégeait trop bas pour que le doigt pût atteindre le déplacement. On se rappelle que c'était effectivement la cinquième cervicale qui était luxée sur la sixième. A cela, je répondrai que le corps de la cinquième cervicale, qui correspond un peu au-dessous de l'ouverture supérieure du larynx, pouvait être exploré par le doigt indicateur, et que le déplacement, quoique peu considérable, ainsi que l'a démontré la pièce anatomique, aurait pu cependant être constaté si d'autres causes ne s'y étaient opposées; et ces causes, selon moi, les voici : c'est que les liens fibreux et les muscles prévertébraux étant restés intacts, étaient bandés, qu'on me passe l'expression, au-devant de la saillie osseuse, et s'opposaient à ce qu'on la reconnût à cette profondeur. Je crois que si ce signe des luxations cervicales peut être quelquefois utile, c'est dans les cas de luxation de l'axis ou de la troisième cervi-

cale, placées directement dans l'axe de la cavité buccale, et faciles à atteindre. Encore, je doute qu'il soit toujours possible de constater nettement le déplacement, même dans ce cas, pour les raisons que je viens de dire. Toujours est-il que dans la deuxième observation, on a pû voir que nous avions exploré aussi inutilement par le pharynx que dans le premier cas.

La paralysie nous a été, dans les deux cas, un signe d'une grande valeur. Ainsi, dans la première observation, l'étendue de la paralysie, qui portait sur le mouvement et le sentiment, occupait les deux membres inférieurs, le tronc, jusques et y compris les muscles intercostaux et les deux membres supérieurs. Elle démontrait clairement que le cordon rachidien était, sinon rompu, du moins comprimé dans toute son épaisseur. Aussi, à supposer que nous eussions reconnu immédiatement la lésion, et nous avons vu que l'absence de symptômes empêchait de le faire, peut-être eussions-nous hésité à tenter la réduction. C'est qu'en effet, replacer la vertèbre luxée ne suffit point pour remédier à une lésion accomplie du cordon rachidien; et comme dans ces cas le ligament intervertébral est toujours rompu, et que les corps vertébraux ne sont plus retenus alors que par des liens fibreux assez faibles, on court le risque de compléter, dans les efforts de réduction, la lésion de la moelle, et d'accélérer la mort du malade.

Dans la deuxième observation, au contraire, les membres supérieurs seuls étaient paralysés, et encore la paralysie était-elle incomplète, puisqu'elle portait à gauche principalement sur la motilité, qu'il restait encore un peu de mouvement dans les doigts et de la sensibilité, tandis qu'à droite la paralysie du mouvement était complète, et qu'on y constatait seulement les traces d'une sensibilité obtuse. D'où j'avais conclu que les racines des plexus brachiaux, et même quelques racines seulement, se trouvaient comprimées au niveau des trous de conjugaison par la vertèbre déplacée, mais que le cordon rachidien lui-même était intact; car on ne peut admettre que dans une compression ou une lésion traumatique de la moelle au niveau de la troisième ou de la quatrième cervicale, les membres supérieurs soient seuls paralysés, tandis que toutes les parties qui tirent leurs nerfs des portions de ce cordon situées au-dessous de l'altération auraient conservé une immunité complète. Il était donc rationnel de tenter la réduction, puisqu'on avait l'espoir qu'une fois la vertèbre replacée dans sa position normale, la compression cesserait, et avec elle la paralysie. C'est, en effet, ce qui arriva, et l'événement justifia nos tentatives, qui ne laissèrent pas que de nous inspirer une certaine inquiétude.

C'est que la réduction des luxations de la colonne vertébrale, quoi-

que ayant été déjà pratiquée un certain nombre de fois avec succès, n'en reste pas moins une opération pleine de périls. On trouvera dans mon travail déjà cité, et dans le *Traité des luxations* de M. Malgaigne, l'historique de ces tentatives, qu'il serait inutile de reproduire ici. Je ne reviendrai pas non plus sur les détails de l'opération de réduction, longuement décrite plus haut dans l'observation ; je me bornerai simplement à faire observer que j'avais à ma disposition le chloroforme, dont les autres opérateurs étaient privés, et que, grâce à cet agent, j'ai pu non-seulement mieux explorer l'état anatomique de la colonne pendant la résolution, mais encore procéder avec plus de douceur et de ménagement, puisque je n'avais plus à lutter contre la contraction musculaire si énergique des faisceaux multiples qui entourent la colonne. Le chloroforme me semble donc, pour ces luxations surtout, un précieux auxiliaire.

Empoisonnement par l'acide sulfurique. — M. MOREL-LAVALLEE. Une jeune femme qui avait avalé de l'acide sulfurique a, au bout de quelques jours, rejeté un long tube complet, exactement moulé sur l'œsophage. On peut se demander si ce tube est constitué par la muqueuse œsophagienne elle-même ou par une fausse membrane. Je m'arrêterais plus volontiers à la première interprétation. Du reste, la malade va bien.

M. LARREY a observé, vers 1840, lorsqu'il remplaçait M. le professeur J. Cloquet à la Clinique de la Faculté, un fait qu'il croit à propos de rapprocher de celui de M. Morel-Lavallée.

Une jeune femme était entrée à l'hôpital des Cliniques quelque temps après une tentative de suicide, en avalant une certaine quantité d'acide sulfurique. Des vomissements presque immédiats de matières qu'elle comparait à des *tuyaux de glaires*, et des symptômes consécutifs de vive inflammation dans toute la longueur de l'œsophage, furent suivis d'un rétrécissement progressif de ce conduit alimentaire. Les substances liquides ou très-délayées pouvaient seules pénétrer dans l'estomac, et la nutrition avait souffert beaucoup de cet état. Le rétrécissement était manifeste à l'exploration avec la sonde œsophagienne, et paraissait intéresser une grande étendue de l'organe, à en juger par l'introduction d'une tige de baleine. La dilatation progressive fut tentée avec l'instrument muni de boules olivaires en ivoire; mais l'amélioration obtenue fut sans résultat définitif, à cause de l'impatience de la malade, qui voulut sortir de l'hôpital.

M. Larrey serait porté à craindre, d'après l'observation de ce fait, que dans le cas présenté par M. Morel-Lavallée la guérison appa-

rente ne fût suivie d'une inflammation et d'un rétrécissement consécutif à l'élimination de la membrane muqueuse œsophagienne.

M. MOREL-LAVALLEE. L'intéressante observation de M. Larrey est bien un exemple d'exfoliation de la muqueuse , puisqu'il est survenu un rétrécissement.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 2 décembre 1863.

Présidence de M. DEPAUL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Thomas Longuemore adresse à la Société une brochure intitulée *Remarques sur deux cas de kéloïde.* (Remercîments à l'auteur.)

PRÉSENTATIONS.

— M. DOLBEAU présente , de la part de M. le docteur Rouyer, une observation sur la ligature préalable de la carotide primitive dans les cas de tumeur parotidienne. (M. Dolbeau est chargé de faire, à ce sujet, un rapport verbal.)

— M. VERNEUIL présente un mémoire sur les résections sous-périostées, de la part de M. Creus y Manso, professeur de médecine opératoire à Grenade.

M. Verneuil fait remarquer que ce mémoire contient des faits très probants de régénération de l'os par le périoste. Il pense que ceux des membres de la Société qui liront la première observation ne pourront plus conserver les doutes qui ont été émis ici sur la reproduction des os après la résection sous-périostée. Dans cette observation, on voit que le tibia, atteint d'ostéo-myélite avec hyperostose, a été réséqué dans l'étendue de 19 centimètres, et qu'il s'est reproduit.

M. FORGET désire savoir si M. Verneuil se porte garant de la nature de la lésion, et s'il pense qu'il n'y avait pas de nécrose.

M. RICHET. Nous admettons que dans le cas d'ostéite, le périoste se sépare facilement, et que l'os enlevé se reproduit. On a cité beaucoup de faits qui le prouvent. Mais ce que nous demandons, c'est un os sain reproduit par le périoste après avoir été réséqué. Je ne pense

pas que le fait dont parle M. Verneuil soit de nature à fournir la preuve que nous réclamons.

M. VERNEUIL. J'ai traduit toute l'observation, qui est fort longue, et je puis affirmer la nature de la lésion. Il s'agissait d'une ostéomyélite avec hyperostose, et bien qu'il y eût quelques petits séquestres, cela ne peut être considéré comme un cas de nécrose. Je pense donc, encore une fois, que ce fait est très-probant.

M. MARJOLIN. Je ne veux rien dire du fait de la reproduction de l'os, mais je pense que comme moi M. Guersant a vu beaucoup d'ostéo-myélites, avec production de séquestres. Dans ces cas, il suffit d'enlever les séquestres, et je ne comprends pas que l'on résèque l'os en entier.

M. MOREL-LAVALLÉE donne le résultat de l'examen qui a été fait de la pièce qu'il a montrée dans la dernière séance. On a trouvé dans le tube membraneux expulsé tous les caractères de la muqueuse œsophagienne avec ses glandules, et à l'extérieur des fibres musculaires.

Anévrysme de la main guéri par la compression digitale.

M. BROCA rend compte d'une observation adressée à la Société par M. Mazade (d'Anduze), et conclut à l'insertion de cette observation dans le *Bulletin*. (Adopté.)

B..., cultivateur, âgé de quarante-six ans, se blessa, le 8 juin 1862, avec la pointe d'une serpe, à la face dorsale du premier espace interosseux de la main gauche. Du sang vermeil s'échappa par saccades de la plaie. L'hémorrhagie fut réprimée par une compression exercée en même temps au-dessus du poignet et sur la blessure.

Huit jours après, la plaie était cicatrisée, mais au-dessous il restait de la tuméfaction qu'une fatigue un peu prolongée de la main augmentait et rendait douloureuse. Pendant quelque temps B... veut continuer de se livrer à son travail habituel ; il est obligé de l'interrompre.

Un mois après son accident, il a recours à mes soins; j'observe l'état suivant :

Le premier espace intermétacarpien de la main gauche est tuméfié, douloureux. Vers son tiers supérieur, il présente une cicatrice peu étendue. Au-dessous de cette cicatrice existe une tumeur circonscrite, un peu rénitente, faisant un léger relief au-dessus du niveau de la peau, de forme ovoïde, du volume d'une cerise, offrant dans tous les points accessibles au toucher des pulsations isochrones à celles du pouls. Ces battements disparaissent complétement lorsqu'on comprime l'artère humérale ou les deux artères de l'avant-bras en même temps. Ils se réduisent à la perception d'un léger frémissement

lorsqu'on limite la compression à la radiale ; ils reparaissent aussitôt qu'on supprime toute compression.

Je prescris au malade l'emploi de la compression digitale. Dès le lendemain, elle est exercée sur l'artère humérale. Je choisis des personnes intelligentes. Je préside, et le plus souvent je concours à son appplication. Elle est péniblement supportée ; elle engourdit l'avant-bras et la main. Elle est reprise et suspendue plusieurs fois. Je fais de nombreuses tentatives, mais inutilement, pendant toute la journée.

Je constate encore, comme la veille, que la compression, bornée à la radiale, effaçait presque complétement les battements de la tumeur. Cette compression fut employée isolément dans la soirée et pendant la nuit.

Le second jour, nulle modification n'est survenue dans l'état de la tumeur. Je réitère mes essais de compression sur l'humérale; ils sont tolérés avec moins de douleur et pendant plus longtemps. Plusieurs fois dans la journée, ils sont renouvelés avec succès. Dans la soirée et pendant la nuit, la radiale fut seule comprimée.

Le troisième jour, compression alternative sur l'humérale et sur la radiale. Celle de l'humérale put être continuée pendant cinq heures.

Le quatrième jour, nul mouvement pulsatif n'est perçu dans la tumeur pendant qu'on comprime uniquement l'artère radiale. — Même mode de traitement continué le cinquième et le sixième jour.

Le septième jour, réduction très-notable et solidification de la tumeur. Absence de tous battements. Dès ce jour, la compression n'est exercée que sur la radiale plusieurs heures par jour, et le plus souvent par le malade.

Après quatorze jours de l'emploi de la compression digitale appliquée d'une manière intermittente, d'abord alternativement sur l'humérale et sur la radiale, et ultérieurement sur la radiale seule, la tumeur de la main, privée de toute pulsation, avait perdu une grande partie de son volume. Cependant, sur ma recommandation, B... exerce lui-même, pendant longtemps encore, la compression digitale intermittente sur la radiale. La tumeur s'efface progressivement.

Il y a plus d'un an que le fait est accompli ; la guérison ne s'est nullement démentie.

— M. MEYER montre un malade opéré de strabisme et fait constater le succès qu'il a obtenu. Ce malade sera présenté plus tard.

ÉLECTIONS.

La Société est appelée à voter au scrutin secret, pour la nomina-

tion des commissions chargées d'examiner les titres des candidats aux places de membres titulaires et de membres correspondants étrangers, et dresser une liste de candidats aux places d'associés étrangers.

Commission des membres titulaires. — MM. Cullerier, Foucher et Legouest ayant obtenu la majorité des suffrages, sont nommés membres de la commission.

Commission des membres correspondants étrangers. — MM. Follin, Giraldès, Broca et Marjolin sont nommés membres de cette commission.

Commission des membres associés étrangers. — MM. Larrey, Velpeau, Broca, Bouvier et Giraldès font partie de cette commission.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 9 décembre 1863.

Présidence de M. DEPAUL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. TRELAT, à propos du procès-verbal, soumet à la Société quelques objections relatives aux observations faites par M. Richard sur les luxations de l'épaule.

Dans notre avant-dernière séance, à propos de la pièce de *luxation de l'épaule* présentée par M. Morel-Lavallée, M. Richard a énoncé une opinion qui ne me paraît pas d'accord avec les faits. Suivant lui, la rupture ou la conservation des attaches de certains muscles serait la condition nécessaire de telle ou telle variété de luxation. Ainsi, la luxation intra-coracoïdienne ne serait possible qu'après l'arrachement de la grosse tubérosité de l'humérus, tandis que lorsque celle-ci est intacte, il ne peut y avoir qu'une luxation sous-coracoïdienne.

Bien que d'une manière générale il paraisse établi aujourd'hui que ce qui fixe la variété ou l'espèce d'une luxation, ce sont les rapports des parties dures entre elles, l'enclavement, l'engrènement d'une saillie dans une anfractuosité ou réciproquement, je dis en outre que l'opération de M. Richard n'a pas pour elle l'appui des faits.

En ne tenant compte que des autopsies, je vois que le trochiter a

pu être rompu, l'humérus dégagé de l'attache des muscles rotateurs en dehors, sans qu'il en résultât une luxation intra-coracoïdienne. En effet, M. Malgaigne a vu sur un sujet mort vingt et un jours après la réduction d'une luxation sous-coracoïdienne une déchirure de la lèvre externe de la coulisse bicipitale et l'arrachement du sommet du trochiter. (Malgaigne, *Luxations*, p. 469); en 1857, M. Siredey a présenté à la Société anatomique une luxation sous-coracoïdienne datant de dix-huit jours, sur laquelle on observait la rupture de la grosse tubérosité.

D'autre part, le trochiter peut résister, les insertions musculaires garder leur situation sans que la luxation intra-coracoïdienne soit empêchée. C'est ce qui résulte de faits cités par M. Malgaigne, et surtout d'un cas observé dans le service de M. Denonvilliers, sur lequel je vais revenir.

Il suffit de ces quelques cas pour prouver que les conditions regardées comme indispensables par notre collègue ne le sont pas; mais la preuve devient bien plus frappante si on l'envisage à un autre point de vue. Loin que les tubérosités soient arrachées dans le sens propre du mot, c'est-à-dire séparées par traction, on les trouve écrasées soit par l'effet des chocs directement appliqués sur l'épaule, soit par la pression sur la voûte acromiale ou l'apophyse coracoïde. Déjà, sur la pièce que nous a montrée M. Morel, on pouvait voir une petite plaque du cartilage huméral enfoncée dans le tissu spongieux de la tête. Dans une autopsie faite par M. Malgaigne, en compagnie de M. Lebert, dans le service de Roux, il fut aisé de voir que « le trochiter, au lieu d'être arraché, avait été écrasé sur place, et ses débris enfoncés dans le tissu spongieux de la tête de l'os; une coupe faite à la scie mit en évidence cette disposition ».

Dans le cas du service de M. Denonvilliers, dont je viens de parler, la tête humérale écrasée et portant l'empreinte nette de la pression, était réduite aux deux tiers de son volume habituel. Enfin, sur une dernière pièce montrée en 1859 à la Société anatomique par M. Reynaud, alors interne de M. Nélaton, on remarquait une attrition profonde du tissu osseux, semblable à celle qu'aurait pu produire un coup de marteau; la lame superficielle de la tête humérale est refoulée dans l'épaisseur du tissu spongieux.

Tous ces cas sont relatifs à des luxations intra-coracoïdiennes. Or, ces enfoncements plus ou moins violents et profonds me paraissaient témoigner de la façon la plus positive contre toute idée d'arrachement. Selon toute probabilité, l'écrasement ne doit guère être rare, puisqu'il est noté deux fois sur quatre autopsies par M. Malgaigne, puisque je le constate sur la pièce de M. Morel, et que je le

retrouve aussi caractérisé que possible dans la seule observation que les *Bulletins de la Société anatomique* contiennent depuis la publication du livre de M. Malgaigne.

De tous ces faits, je me crois fondé à conclure que dans les luxations de l'épaule les muscles n'ont point le rôle que leur a assigné M. Richard, que ce n'est pas leur persistance ou leur rupture qui détermine la possibilité de certaines luxations, non plus que la position de la tête humérale par rapport aux parties voisines.

Telles sont les observations que j'ai cru devoir présenter à la Société.

M. RICHARD. Je ne veux pas entrer dans le fond de la discussion, mais je ferai remarquer à M. Trélat que les faits de M. Malgaigne sont les seuls qui méritent confiance quand il s'agit de distinguer les luxations intra-coracoïdiennes et sous-coracoïdiennes. Si M. Trélat se fût donné la peine de regarder les autopsies, il aurait vu que dans les cas de luxation intra-coracoïdienne cités par M. Malgaigne, il y a eu arrachement du trochiter.

M. MOREL-LAVALLEE. Dans la dernière séance, M. Richard a dit que je m'étais trompé dans l'interprétation que je donnais à la pièce que j'ai mise sous les yeux de la Société, et que la luxation était intra-coracoïdienne. Je ne puis admettre cela, puisque la tête humérale était au-dessous et en dehors de l'apophyse coracoïde. De plus, tous les muscles rotateurs étaient déchirés; on ne peut donc pas se servir de cette pièce pour rechercher l'influence des muscles sur la direction de l'humérus et sur la direction de la tête humérale.

— **M. DOLBEAU** lit un rapport sur un mémoire de M. Guyon sur la *ligature de l'artère carotide externe*. Les conclusions sont :

1° Le renvoi du travail de M. Guyon au comité de publication;

2° L'inscription sur la liste des candidats au titre de membre titulaire. (Adoptées.)

— **M. TRELAT** lit un rapport sur un mémoire de M. Duboué (de Pau), et une observation de M. Pize (de Montélimar), sur l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Je viens vous rendre compte de travaux adressés à la Société par M. le docteur Duboué (de Pau) et par M. le docteur Pize (de Montélimar). Ces travaux sont l'un et l'autre relatifs à la cure des fistules vésico-vaginales par les procédés américains.

M. Pize a envoyé une seule observation, importante il est vrai à divers points de vue, sur lesquels j'appellerai votre attention; c'est un mémoire qui nous a été adressé par M. Duboué. Le hasard d'abord, puis sans doute une certaine réputation d'habileté, lui ont

permis, en moins de trois années, d'opérer cinq malades, chiffre relativement considérable qui dément la prétendue rareté des fistules vésico-vaginales dans notre pays.

L'appât de guérisons chaque jour plus nombreuses et plus assurées semble multiplier les malades; défiance autrefois, juste espoir aujourd'hui, l'effort des chirurgiens ne saurait avoir de plus légitime récompense.

Revers et succès, M. Duboué expose tout ce qu'il a observé, pensé, modifié. Dans un langage plein de modestie, il exprime ses incertitudes, ses actes, ses projets de perfectionnement, et semble en définitive en appeler à votre jugement et à vos conseils. Vous me permettrez de ne pas suivre point par point ce travail étendu, mais d'insister sur les idées principales.

Sur cinq malades, M. Duboué a obtenu deux succès complets et immédiats, deux améliorations considérables, l'une des malades étant encore en traitement, enfin un échec absolu. En tout, huit opérations; mais sur ce nombre trois ont été pratiquées sur la même malade, et deux autres doivent être comptées à part pour la raison suivante.

Pendant ses études à Paris, M. Duboué avait vu souvent M. Jobert opérer des fistules vésico-vaginales, il avait servi d'aide à ce chirurgien. Aussi, lorsqu'il se trouva pour la première fois dans la nécessité de choisir un procédé opératoire, il préféra celui qu'il avait vu exécuter, dont il connaissait bien tous les temps, à d'autres dont les succès commençaient alors à être publiés, mais qui étaient pour lui l'inconnu. Malgré les conditions favorables sous tous les rapports dans lesquelles se trouvait la malade, l'opération échoua. Le chirurgien s'en prit à son inexpérience ; il n'avait, croyait-il, pas assez abaissé l'utérus, de là une gêne extrème dans l'accomplissement des temps opératoires; une nouvelle tentative mieux préparée devait le mettre à l'abri de ces inconvénients. Elle eut lieu, mais sans plus de succès que la première. C'était un enseignement; il ne fut pas perdu pour M. Duboué, qui se promit bien, à partir de ce moment, de ne plus employer le procédé ancien ni pour cette malade ni pour d'autres.

Un peu plus tard, en 1862, une nouvelle malade se présente à notre confrère. Conséquent avec ses résolutions, il étudie tous les détails du procédé de M. Bozeman, qui alors était employé de préférence, et il pratique l'opération telle que nous l'ont fait connaître nos collègues MM. Verneuil et Follin. Quoique incomplet, le résultat pouvait donner les meilleures espérances; la fistule, large de 4 centimètres dans un sens, de 3 dans l'autre, était réduite à une fente transversale de 3 ou 4 millimètres de longueur. Cependant, plusieurs particularités de l'opération et de ses suites avaient frappé M. Duboué, et il est évi-

dent, quand on a lu tout son mémoire, que cette observation en est la plus importante, celle de laquelle partent toutes ses déductions. Il convient donc d'en faire ressortir les côtés saillants.

Je n'insisterai pas sur la suppression de la plaque de plomb de M. Bozeman ; cette question me semble à peu près jugée. M. Verneuil, M. Follin, M. Foucher, l'ont employée et en ont obtenu de bons résultats ; mais depuis que le procédé de M. Sims est mieux connu, la plupart des chirurgiens semblent y avoir renoncé ; les communications faites à la Société par M. Morel-Lavallée et M. Jarjavay en font foi ; des publications récentes de M. Deroubaix (de Bruxelles) et de M. Hergott (de Strasbourg) témoignent dans le même sens ; enfin M. Pize, qui une première fois avait échoué en se servant de la plaque, en critique l'emploi et réussit par la simple suture.

M. Duboué supprime la plaque de plomb, qui lui semble déterminer des ulcérations sur ses bords et s'adapter mal à une suture sinueuse ; mais il ne renonce pas à soutenir la suture par un corps interposé entre la muqueuse et le plomb de Galli. Il propose, lorsque chaque fil est passé, d'en engager les deux chefs dans le trou unique d'un petit moule de bouton en bois, et de les fixer par-dessus le moule à l'aide d'un tube ou d'un grain de plomb écrasé. En agissant ainsi, on obtient l'avantage de pouvoir couper le fil aussi aisément qu'avec les deux tubes superposés de notre collègue M. Verneuil. D'autre part, il est certain que cette manière de fixer la suture, très-analogne à l'emploi des croissants perforés de M. Baker-Brown, n'est pas de nature à compromettre le succès, puisqu'elle a réussi deux fois chez deux malades entre les mains de M. Duboué.

J'ai dit plus haut que la fistule avait été réduite à une fente de 3 ou 4 millimètres de longueur; il s'était produit un phénomène remarquable dont la lecture m'a rappelé ce que M. Verneuil a observé sur sa malade Ursule F.... Le jour de l'ablation des fils, la cicatrice semblait parfaite, sauf un petit pertuis situé à l'angle gauche. Sous l'influence de quelques cautérisations, ce pertuis se ferme ; mais peu à peu la cicatrice, qui paraissait solide, s'entr'ouvre, ses bords s'écartent et tendent de plus en plus à s'éloigner. Deux nouvelles opérations pratiquées à intervalle convenable échouent complétement, de telle sorte que cette cure si heureusement commencée reste incomplète.

A quoi peut tenir cet insuccès ? M. Duboué l'attribue au tiraillement des lèvres avivées et au peu de plasticité de ces parties ; la méthode américaine, dit-il, ne met pas toujours à l'abri des fâcheux effets d'un tiraillement, qu'elle atténue néanmoins. On ne peut nier que, lorsque les fistules sont larges, comme c'était ici le cas, la suture a

pour effet de faire cheminer, en les attirant, les deux bords opposés, et que ce déplacement devra être sollicité avec une énergie proportionnelle à son étendue. Mais on sait qu'à moins de brides cicatricielles profondes, les parois vaginales glissent facilement sur le tissu lamelleux qui les sépare de la vessie; M. Deroubaix a de nouveau insisté sur ce fait devant l'Académie de médecine belge. D'autre part, la suture par le procédé américain a pour principal avantage d'embrasser une notable épaisseur de parties molles, de répartir l'effort, et par cela même d'être peu disposée à couper hâtivement les chairs. Si d'ailleurs on craint cette fâcheuse issue, on peut la prévenir de différentes façons. La double suture de M. Simon, de Rostock (suture préconisée par ce chirurgien, mais connue et employée par bien d'autres), me semble très-utile en pareil cas. Cette suture consiste à alterner des points dont les uns sont placés à la distance voulue, tandis que les autres, saisissant une grande épaisseur de parties molles, sont surtout destinés à soutenir les efforts de désunion, et préviennent ainsi le tiraillement des surfaces avivées.

Qu'on adopte cette suture ou qu'on s'en tienne à la suture à points semblables, il paraît indispensable de faire parcourir au fil un long trajet sous-muqueux et de donner une certaine épaisseur aux parties molles qu'il embrasse. Ce n'est pas toujours facile, bien des opérateurs ne craignent pas de recommencer un point qui laisse à désirer, d'autres modifient la forme des aiguilles. Je serais assez porté à croire que M. Duboué n'a pas pu échapper toujours à ces difficultés et que ses sutures ont été trop superficielles. En effet, dans une autre partie de son mémoire où il propose une modification à la forme de l'avivement, je lis ceci : « Que de fois, voulant me conformer aux règles énoncées, n'ai-je pas cherché en vain à faire sortir l'aiguille tout près des bords de la fistule? J'avais beau la retirer pour l'introduire à nouveau, je ne parvenais pas à faire saillir la pointe au lieu que je voulais..... Malgré toutes les précautions, l'aiguille porte presque toujours le fil dans le voisinage du bord avivé; et en supposant que la section de cette minime couche de tissu vaginal ne se produise pas du premier coup, ne doit-elle pas s'achever au moment où l'anse métallique est resserrée? »

Toujours est-il que je suis loin de considérer comme prouvé que les dimensions de la fistule, quoique grandes, fussent au-dessus des ressources des procédés américains et qu'il faille en pareil cas revenir aux incisions libératrices. MM. Bozeman, Baker-Brown, Follin et bien d'autres ont opéré et guéri de très-larges fistules sans être obligés d'y recourir, et je suis un peu surpris de voir M. Duboué disposé à les employer après une si courte expérience. Incertitude des débuts,

tâtonnements de la pratique que nous avons tous éprouvés et qui se résolvent par l'observation patiente et réfléchie.

Je ne suis pas le seul, a dit M. Verneuil, qu'ait animé et qu'animera le désir de changer un procédé opératoire type sous prétexte d'amélioration ou de simplification. M. Duboué se joint à lui ; poussé par un de ses confrères de Pau, M. le docteur Lacoste, à éviter le tiraillement des lèvres par la formation d'un lambeau autoplastique, il rejette cette idée et propose un mode d'avivement de suture dont je vais essayer de donner une idée succincte. M. Duboué voudrait utiliser la petite épaisseur de muqueuse sacrifiée par l'avivement, de même que, dans l'opération du bec-de-lièvre, MM. Mirault, Malgaigne, Nélaton, utilisent le lambeau du bord cicatriciel. Pour arriver à ce résultat, il commence l'avivement au niveau du liséré vésical et le poursuit en s'éloignant du bord de la fistule de manière à constituer de chaque côté de celle-ci un lambeau dont la base est située à la limite de la surface avivée dans le procédé américain ; les deux angles de la fistule sont rendus saignants par un simple avivement oblique. Cela fait, les fils sont engagés à quelques millimètres en dehors de la base des lambeaux et viennent sortir juste dans l'angle saignant qui résulte de leur dissection. Une suture enchevillée est la conséquence nécessaire de cette forme d'avivement ; M. Duboué voudrait la pratiquer à l'aide de ses moules de boutons légèrement modifiés, rendus un peu plus gros, ovoïdes, et percés de deux trous. Un bouton de chaque côté suffira pour deux points de suture, deux boutons pour quatre points, deux boutons encore pour cinq points en faisant passer le fil moyen ou troisième fil par le bouton de droite en avant et de gauche en arrière ou réciproquement. De toute façon, et quel que soit le nombre des fils, la suture est possible et même facile ; elle n'est, comme le dit M. Deboué, qu'une variété de la suture enchevillée, suture déjà appliquée aux fistules vésico-vaginales par M. Marion Sims dans ses premières opérations, et par M. Horand, qui lui donne le nom de suture moniliforme.

Qui de vous ne trouvera une extrême analogie entre ce procédé pris dans son ensemble et celui que Gerdy a fait connaître en 1841 ? De part et d'autre formation de deux lambeaux empruntés à la muqueuse vaginale, et accolés l'un à l'autre par leur surface saignante ; la ressemblance est si parfaite, que M. Duboué aurait pu invoquer le succès presque complet de Gerdy en faveur de son procédé. Mais il semble n'avoir pas eu connaissance de ce fait trop peu connu. Malgré cette bonorable parenté, je ne crois pas que le procédé de notre confrère de Pau soit appelé à remplacer la suture américaine. Je ne crois en aucune façon qu'il évite le tiraillement plus que cette dernière ; la

base des lambeaux qui correspond aux limites de l'avivement habituel devra être amenée au contact, dès lors la traction est la même des deux côtés. Elle ne pourrait être moindre que si on se bornait à affronter les lambeaux par leur pointe, et dans ce cas on peut prédire un échec assuré. Mais tandis que la suture américaine s'appuie sur des parties molles, épaisses, et dont on peut, comme je l'ai dit plus haut, accroître la résistance, celle de M. Duboué porte son effort sur des parties minces, et bien qu'elle soit par sa forme moins coupante que la suture à points séparés, si les surfaces en contact ne sont pas bien vivantes, la réunion n'aura pas lieu. L'un des avantages marqués des procédés américains est de fermer complétement l'orifice vésical, de le fermer par rapprochement, de telle sorte que l'urine, dans les opérations bien faites, ne peut s'infiltrer entre les surfaces cruentées. Je doute fort qu'il puisse en être ainsi lorsque les lèvres de la fistule, poussées l'une vers l'autre, viendront bâiller dans la vessie, car il faut se rappeler que les fils passent à la base des lambeaux et non vers le liséré de la muqueuse vésicale.

Ces objections m'ont frappé; quoique théoriques, puisqu'elles ne s'appuient sur aucun fait, elles émanent de la même source que les idées qui ont guidé M. Duboué; avec une entière bonne foi, il va lui-même au-devant de la critique et l'appelle à son secours comme une base de jugement. Je n'ignore pas, dit-il, combien la pratique se joue de nos plus chères espérances; il se peut que celle que je poursuis ait le sort de tant d'autres, et que j'obéisse malgré moi au désir d'innover.

L'observation de M. Pize soulève une question importante. A quelle époque convient-il de pratiquer les opérations secondaires nécessitées par les insuccès complets ou partiels? Le désaccord semble exister sous ce rapport entre les chirurgiens. Je dis semble exister, car c'est plutôt une apparence qu'une réalité. Avec M. Bozeman et M. Baker-Brown, M. Follin pense que les opérations secondaires ne doivent pas être pratiquées à longue distance, si la santé générale est bonne; au contraire, M. Verneuil, s'appuyant sur l'opinion de M. Marion Sims et sur différentes observations, est opposé en principe à ce qu'il nomme les opérations prématurées. Cependant, M. Verneuil concède que la temporisation extrême n'est pas aussi nécessaire pour les très-petites fistules, tandis que d'autre part M. Follin insiste sur l'utilité des soins hygiéniques et de la cautérisation au début des fistules, et sur l'état de la santé générale. C'est donc là une question d'appréciation pour chaque cas, et s'il semble reconnu par tous les chirurgiens qu'on doit laisser passer deux et trois mois entre l'accouchement, cause presque constante de l'affection qui nous occupe, et

l'opération, il y a lieu d'autre part, et pour ce qui concerne les époques relatives des opérations, d'établir une distinction entre les opérations complètes, étendues, et les petites opérations d'achèvement.

Le fait de M. Pize est à ce point de vue très-intéressant. En général, on a coutume, lorsqu'en enlevant les fils on trouve un ou deux pertuis étroits, de toucher ceux-ci avec le nitrate d'argent, et d'attendre le résultat de la cautérisation. Elle réussit assez souvent, mais elle échoue dans bon nombre de cas ; la fistulette s'agrandit un peu : c'est une nouvelle opération à refaire. S'il était démontré par plusieurs observations semblables à celle de M. Pize, qu'un petit avivement et un point de suture exécutés au moment même où on reconnaît l'existence du pertuis peuvent en procurer la guérison, je suis convaincu que la pratique y aurait gagné, et que nous pourrions, dans certains cas, abréger sans inconvénients un traitement toujours assez long.

Si j'étais moins pressé, j'aurais pris occasion de ce fait pour rechercher à nouveau, et grâce à des faits récents, combien de temps il convient de laisser les fils en place sans y toucher ; j'aurais montré que ce temps varie singulièrement, que quelques chirurgiens les enlèvent au bout de cinq ou six jours, tandis que d'autres attendent quatorze, quinze jours et même davantage. Bien que le terme moyen de dix à onze jours semble avoir réuni le plus grand nombre de suffrages, il y a lieu de se demander si cette manière de faire, bonne en général, ne doit pas souffrir de fréquentes exceptions. Je me borne aujourd'hui à indiquer ce sujet sans le traiter.

La dernière observation du mémoire de M. Duboué offre un réel intérêt. Outre que le chirurgien s'est montré attentif et ingénieux à reconnaître et à guérir une complication pouvant entraver toute tentative ultérieure, le fait est rare et mérite une mention spéciale. La malade, âgée de trente-quatre ans, accouche pour la quatrième fois en août 1862 ; la tête reste longtemps au passage : au bout de huit jours, il y avait une fistule vésico-vaginale. Au mois de juin de cette année, M. Duboué reconnaît une oblitération cicatricielle complète de l'urèthre, située à 3 ou 4 centimètres de profondeur. J'ai souvent vu mentionner la déchirure plus ou moins étendue de l'urèthre, déchirure qui a nécessité des opérations très-étendues et très-difficiles ; mais jamais jusqu'ici je n'avais entendu parler d'une oblitération du conduit urinaire. On conçoit, sans qu'il soit besoin d'y insister, l'importance de cette complication, et même l'importance d'un simple rétrécissement. L'intégrité des voies d'arrivée et de départ de l'urine est, du reste, une condition capitale, absolue de succès pour les oblitérations des fistules vésicales. MM. Follin et Verneuil ont cité

des cas où les uretères venaient s'ouvrir sur les bords mêmes de la fistule, et s'opposaient à sa guérison. Je trouve dans le mémoire de M. Deroubaix que j'ai déjà cité (*Mémoires de l'Académie de médecine de Belgique*, 1863), une observation qu'il est utile de rapprocher de celle de M. Duboué. Une énorme fistule, occupant toute la longueur du vagin, opérée par le chirurgien de Bruxelles, avait été presque entièrement oblitérée, sauf quelques points situés en avant ; une deuxième et une troisième opération échouèrent, et on attendait le moment d'en pratiquer une quatrième, lorsque la malade succomba à une épidémie d'érysipèle. A l'autopsie, on put constater que l'urèthre, dont l'orifice interne était fort rétréci, était dévié et s'ouvrait en haut et sur le côté d'une rigole correspondant à la fistule, de telle sorte que l'urine devait, pour s'engager dans l'urèthre, suivre un trajet indirect et une voie étroite, tandis que la partie antérieure de la fistule lui offrait un passage facile. Cette disposition est considérée par M. Deroubaix comme la cause des échecs répétés qu'il a éprouvés chez cette malade, opinion que je partage complétement.

On voit donc combien il est nécessaire, avant d'entreprendre la cure d'une fistule vésico-vaginale, de constater l'état du reste des voies urinaires. Heureusement ces complications sont extrêmement rares, et toujours, pour un motif ou un autre, une sonde est introduite dans la vessie et permet de constater l'état réel des choses.

Je ne m'arrête pas sur l'instrument ingénieux que M. Duboué a fait construire pour rétablir le calibre de l'urèthre. Cet instrument, son emploi, les résultats qu'il a donnés, sont complétement indiqués dans le mémoire de notre confrère.

Arrivé au terme de ce rapport, où je n'ai pas ménagé la critique, parce qu'elle me paraît la meilleure marque d'estime à donner à un travail sérieux, vous me permettrez de changer de rôle et de vous dire combien le caractère et les travaux de M. Duboué le signalent à votre attention. M. Duboué a été l'un de mes premiers élèves, et je m'en honore. Depuis qu'après avoir terminé son internat, il exerce la chirurgie à Pau, il n'a cessé de vous adresser des notes, des communications relatives à sa pratique. Déjà il vous a fait parvenir le compte rendu d'une restauration de la face. J'ai entre les mains un travail sur l'imperforation congénitale du rectum, dont je n'ai pas parlé dans ce rapport, parce que je me propose de l'examiner à part. Enfin, il vous adresse aujourd'hui l'important travail basé sur cinq observations dont je vous ai entretenus. (Nous publierons prochainement les observations de M. Pize.)

Tenant compte de ces titres, et guidé par l'estime particulière que

j'ai pour M. Duboué, estime que je désire vous faire partager, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° De renvoyer le mémoire de M. Duboué au comité de publication;

2° D'autre part, de publier dans le *Bulletin* de la Société l'observation de M. Pize.

— M. VERNEUIL montre un malade atteint de névralgie traumatique de la verge, et consulte la Société sur le traitement.

Un homme de quarante-neuf ans, d'une constitution robuste, vivant à la campagne très-régulièrement et dans l'aisance, sans antécédents diathésiques marqués, n'ayant jamais eu la syphilis, père de plusieurs enfants sains, avait toujours joui de la meilleure santé, lorsque, le 26 mars de cette année, il se heurta légèrement le pénis en enjambant une barrière. La pression porta sur la face dorsale de la verge, un peu à gauche de la ligne médiane, à un travers de doigt de la couronne du gland. La douleur ne fut pas très-vive et n'arrêta pas la marche; le lendemain, elle avait presque entièrement disparu, il ne survint ni gonflement ni ecchymose, et, au bout de trois jours, tout était oublié.

Deux semaines plus tard, M... ressentit au point frappé une gêne légère avec sentiment de tension ou parfois de constriction. Ces symptômes fixèrent peu son attention; mais, comme ils devenaient plus incommodes et se continuaient sans rémission, il consulta, vingt jours environ après leur apparition. J'énumérerai tout à l'heure les moyens thérapeutiques qui furent mis en usage, mais je dirai de suite que, malgré leur nombre et leur activité, tous restèrent impuissants. Le mal empira sans cesse.

Voici les résultats que me fournit un examen attentif, fait de concert avec M. le docteur Bonnin (de Poissy), médecin ordinaire de M..., qui me l'amène et me fournit les antécédents qui précèdent.

Verge de dimension ordinaire, ne présentant aucune déformation, aucune cicatrice. En arrière du gland, on perçoit une légère induration large de 2 ou 3 millimètres, demi-circulaire, occupant la face dorsale et la face latérale gauche de l'organe; très-peu saillante, sous-cutanée et répondant manifestement au corps caverneux. Ce petit bourrelet est tout à fait indolent à la pression, mais il correspond exactement au point où le malade accuse cette sensation de resserrement, qu'il compare lui-même à l'effet d'un anneau qui étranglerait la verge en ce point.

Depuis l'accident, les désirs vénériens ont progressivement diminué; ils sont actuellement presque entièrement abolis; toutefois, le coït a été pratiqué de temps à autre et s'est exécuté d'une façon tout

à fait normale. Erection sans douleur; nulle déviation de la verge; urines normales; ni écoulement ni cystite.

M. Ricord, et plus tard M. Gosselin, ont exploré la vessie et n'ont rien trouvé. Le canal n'est point rétréci; le cathéter provoque seulement un peu de douleur en passant au niveau du point blessé. Point de constipation; défécation sans douleur. Rien à l'anus. Aucune sensibilité au toucher lorsqu'on explore les régions hypogastrique, scrotale et inguinale.

A l'exception du bourrelet induré du corps caverneux, qui d'ailleurs est très-peu marqué, tout est négatif. Mais les symptômes subjectifs n'en sont pas moins très-pénibles. Voici comment M... en rend compte : Outre la constriction permanente dont il a été question, existe un sentiment de pesanteur et de gêne incessant, et qui porte le malade à toucher, comprimer, tirailler continuellement la verge, comme pour la débarrasser d'un corps étranger.

Le jour, quand M. X... est debout et marche doucement, le malaise est supportable, car il n'y a jamais, à proprement parler, ni élancements ni douleurs véritables. Mais si la station et la marche sont prolongées, la pesanteur et la constriction deviennent insupportables et amènent une fatigue extrême. M. X... s'assoit : cette nouvelle attitude soulage d'abord; mais au bout d'une demi-heure au plus, il est forcé de se lever de nouveau et de marcher un peu, ce qui le soulage, et les journées se passent continuellement dans cette alternative. La prolongation d'une attitude est si difficilement supportée que le malade éprouve en arrivant chez moi une lassitude extrême pour avoir été assis une heure de suite en chemin de fer et une demi-heure en voiture.

Les nuits, surtout depuis deux mois, sont un véritable supplice; aussitôt couché, M. X..., en proie à la fatigue, s'assoupit. Il lui semble alors que la verge comprimée latéralement s'allonge et s'effile; de là le malaise s'étend aux régions voisines et en particulier à l'hypogastre; il semble qu'un poids énorme presse sur la paroi abdominale et l'immobilise. La pression s'étend de là jusqu'au rebord inférieur du thorax. La respiration devient difficile : une anxiété insupportable avec oppression et dyspnée se déclare. Le malade étouffe, alors il se réveille en sursaut, se dresse sur son séant, et la crise cesse aussitôt. Au bout de quelques instants l'envie de dormir revient et les mêmes phénomènes se reproduisent; ainsi de suite pendant toute la nuit.

L'état général, dans les commencements de cette singulière névrose, n'avait point souffert; les fonctions organiques s'accomplissant régulièrement, l'état moral n'était pas influencé davantage. M. X...

n'est point nerveux ni particulièrement excitable ; il n'est point affecté par la perte des fonctions génésiques, ayant, comme il le dit, payé sa dette de ce côté en procréant six enfants bien portants. Aucun chagrin ne l'obsède.

Cependant la continuité du mal, l'impuissance de tous les remèdes, la privation de sommeil, l'aggravation constante des symptômes, agissent à la fin sur la santé et sur l'esprit. Les digestions sont moins bonnes, l'appétit s'altère, les forces déclinent ; l'embonpoint a notablement diminué, et il existe enfin un découragement manifeste. L'hypochondrie existe et augmente, mais il est certain qu'elle n'est pas primitive et qu'elle ne s'est dessinée que bien longtemps après le début de l'affection.

Je n'ajouterai qu'un mot à cette relation. Depuis près de huit mois, M. X... n'a pas cessé *un seul instant* de ressentir au niveau de la contusion la constriction que j'ai décrite. Quand bien même manque toute irradiation vers les régions voisines, c'est toujours de ce même point que partent les sensations pénibles quand elles s'étendent et quand elles atteignent leur maximum ; le symptôme local augmente également d'intensité. J'ai varié de cent manières l'interrogatoire pour m'assurer que tels étaient bien réellement la marche et l'état des choses.

Je suis donc forcé d'admettre avec le malade et son médecin que l'accident primitif est la cause qui a provoqué et qui entretient les symptômes d'irradiation, et s'il m'était permis de poser un diagnostic anatomique, j'admettrais que la contusion a blessé quelque filet nerveux qui, pris actuellement dans l'induration précitée, est le point de départ des phénomènes. Peut-être existe-t-il là un de ces névromes traumatiques, comme on en observe à la suite des contusions ou des blessures, et qui donnent naissance à de si singulières aberrations du sentiment et même du mouvement périphériques. L'absence de douleurs exclut l'idée d'une lésion d'un nerf sensitif proprement dit. Le siége profond met hors de cause les rameaux cutanés du nerf honteux. Je croirais plutôt à la lésion d'un de ces filets sympathiques, bien figurés par M. Rouget, qui rampent sur la tunique fibreuse du corps caverneux ou qui accompagnent la terminaison des artères caverneuses. Ces filets sont d'une ténuité excessive, mais en fait de névroses, le volume des rameaux ne fait rien à l'affaire.

Le pronostic de cette affection est assez sérieux. A la vérité, la vie n'est pas immédiatement compromise, mais il est impossible de savoir où conduira l'altération croissante de la santé générale et les inquiétudes morales auxquelles le malade est en proie. Il ne serait pas surprenant que l'hypochondrie se terminât par l'aliénation mentale ou la

paralysie générale. On est donc autorisé à mettre en usage la thérapeutique la plus active.

J'ai déjà dit que les soins et les conseils les plus éclairés n'avaient point fait défaut. M. X... a déjà consulté une foule de praticiens distingués, et M. Bonnin a dirigé avec la plus grande persévérance les prescriptions les plus nombreuses et les plus variées :

Voici l'énumération des principaux moyens mis en usage :

Localement, au début, deux applications de sangsues, émollients, narcotiques sous toutes les formes; extrait d'opium, de belladone; chloroforme *intus et extra;* vésicatoires volants simples et pansés avec la morphine, pommades mercurielles et iodurées; inoculations de morphine avec la lancette, injections sous-cutanées avec les sels d'atropine et de morphine; pointes de feu, électricité.

A l'intérieur, iodure de potassium, sulfate de quinine, valérianate de zinc et de quinine. Je prescrivis à mon tour le bromure de potassium à cause de son action anesthésique et sédative sur les organes génitaux. L'hydrothérapie a été longtemps employée comme modificateur général; des narcotiques variés ont été portés dans l'urèthre et le rectum sous forme d'injections ou de suppositoires. Rien n'a été efficace, rien même n'a produit la moindre amélioration.

En vous communiquant cette observation, j'ai eu plusieurs buts : d'abord de faire connaître un cas rare, aussi remarquable par sa singularité symptomatologique que par sa résistance opiniâtre à la thérapeutique la plus rationnelle.

Je fais ensuite appel à vos lumières, et vous demande d'indiquer encore de nouveaux moyens capables de pallier, de guérir le mal.

Enfin je veux soumettre à votre jugement l'opération que je projette, si tous les autres expédients restent sans effet. Partant de cette idée qu'il s'agit soit d'une compression nerveuse, soit d'une altération locale indéterminée d'une branche nerveuse, je propose de faire une section transversale et sous-cutanée du corps caverneux, en arrière de la zone indurée que j'ai décrite et qui est manifestement le siége du mal. Cette opération, qui, sauf le lieu insolite, est l'analogue des incisions pratiquées sur les cordons nerveux dans les cas de névrome traumatique, comprendrait seulement l'enveloppe fibreuse du corps caverneux, et ne présenterait, je crois, qu'une médiocre gravité; l'accident le plus à craindre serait une hémorrhagie veineuse, que les réfrigérants et la compression arrêteraient sans peine. Faite à la campagne, dans de bonnes conditions hygiéniques, cette petite opération exposerait peu à la phlébite; elle ne serait guère plus grave que l'uréthrotomie profonde ou la taille uréthrale.

Si la section amenait du soulagement et si plus tard, après la cica-

trisation, les phénomènes reparaissaient, le diagnostic étant mieux établi, on serait autorisé à faire même l'extirpation du noyau induré.

Voici le fait ; j'y joins mon hypothèse diagnostique et mon projet opératoire, en vous priant d'examiner le tout et de le critiquer au besoin.

M. MOREL-LAVALLÉE. Le moyen que je vais conseiller paraîtra peut-être étrange ; cependant, j'ai vu beaucoup de faits qui m'engagent à lui accorder une grande confiance. Il s'agit des fumigations de papier nitré. J'ai vu à la suite de l'opération de la trachéotomie, lorsque la canule ne pouvait être supportée, j'ai vu, dis-je, ces fumigations produire le meilleur effet, et je les considère comme un excellent calmant.

M. RICHET. Je demanderai à M. Verneuil si on a essayé les bains de vapeur. Je me rappelle avoir vu, avec M. Nélaton, une jeune fille qui à la suite d'une chute éprouvait dans les jambes une douleur que rien ne pouvait calmer. M. Nélaton conseilla sans succès le sulfate de quinine et le chloroforme. Je pensai à employer les bains de vapeur, et la douleur disparut après cinq ou six fumigations.

M. VERNEUIL. Je ne comprends pas bien comment les fumigations de papier nitré pourraient agir ; mais je ne vois pas d'inconvénient à les essayer.

M. BROCA rappelle que le mélange réfrigérant (glace et sel) calme très-bien les douleurs du cancer.

M. MOREL-LAVALLÉE. Il n'est pas nécessaire de comprendre l'action d'une médication ; si elle réussit, cela suffit. J'ai employé si souvent avec succès les fumigations de papier nitré, que je leur accorde une grande confiance.

M. LARREY. Le cas dont nous entretient M. Verneuil me paraît complexe. Je viens de voir le malade. On ne découvre sur la verge aucune modification physique qui explique la douleur. Cependant, il existe en arrière du gland un petit collet sur lequel la pression ne produit ni douleur ni soulagement.

Le malade n'a plus d'érections ; sa santé générale est altérée, et je ne serais pas surpris que l'hypochondrie jouât un rôle dans son état. Je comparerais volontiers cette névralgie à celle qui existait quelquefois chez les individus qui avaient subi la contusion volontaire de l'urèthre dans le cas de blennorrhagie intense. Il y avait alors une inflammation et des douleurs persistantes. Quant au traitement, je me range volontiers à l'avis de M. Verneuil.

— **M. MARJOLIN** présente à la Société, pour avoir son avis, un jeune

enfant de sept ans chez lequel il a pratiqué le 7 novembre dernier une résection partielle du maxillaire supérieur droit, pour une tumeur à myéloplaxe. Bien que toutes les précautions eussent été prises pour enlever toutes les parties suspectes, l'affection ayant récidivé, M. Marjolin voudrait savoir s'il faut recourir dans ce cas à l'ablation totale du maxillaire supérieur, ou se borner à des cautérisations.

M. RICHET. En examinant ce malade, j'ai trouvé les parois du sinus maxillaire mollasses et épaissies ; le doigt sent une tumeur élastique qui remplit le sinus, et je conseillerais l'ablation complète de l'os.

— M. Hurel présente une pièce d'ostéite du fémur.

(Renvoyé à M. Dolbeau).

Fistule vésico-vaginale opérée et guérie par le procédé américain modifié : avivement secondaire précoce ; par M. le docteur PIZE, de Montélimar. (Voir le rapport de M. Trélat, page 508.)

La nommée Pauline P..., dite V..., du Teil (Ardèche), âgée de quarante et un ans, est accouchée pour la seconde fois le 15 mai 1863. Son accouchement a exigé, comme le premier, l'emploi du forceps. Au bout de onze jours, une eschare s'est détachée, et les urines ont coulé par le vagin.

Cette malade m'est adressée par son médecin ordinaire, M. le docteur Roux (de Viviers) : elle est atteinte d'une fistule vésico-vaginale transversale, d'une étendue de 3 centimètres.

J'opère pour la première fois la malade, le 25 juillet, par le procédé de M. Bozeman. Pour la suture, je fais la modification suivante : je me sers de fils végétaux de diverses couleurs, ce qui me les fait reconnaître facilement au moment de passer les fils d'argent ; j'enlève la suture le dixième jour, et je constate l'absence de toute réunion et l'ulcération des tissus par les fils.

Le 16 septembre, je procède à une nouvelle opération, en présence, comme pour la première, de M. le docteur Roux, qui m'a prêté le concours le plus habile et le plus dévoué.

La malade est purgée la veille de l'opération avec une bouteille d'eau de Sedlitz, et prend le jour même un lavement simple pour vider le rectum.

Je choisis un appartement éclairé directement par les rayons solaires. La malade est couchée sur une longue table recouverte d'un matelas, dans la position adoptée par les chirurgiens américains, c'est-à-dire le décubitus antérieur ou le décubitus latéral gauche. Dans le décubitus antérieur, la malade est à genoux, le bassin élevé, la tête abaissée et le corps appuyé sur les coudes. Dans le décubitus latéral

gauche, les cuisses sont fléchies à angle droit sur le bassin, la droite un peu plus que la gauche ; le bras gauche est étendu et le tronc en pronation, de manière que le sternum touche la table. La dernière position est ordinairement plus commode pour l'opérateur que la première; mais à certains moments, on se trouve bien de faire prendre la première, soit pour mieux voir, soit pour mieux diriger les instruments, soit pour reposer la malade.

J'introduis le spéculum à gouttière de M. Sims préalablement chauffé et huilé; je le confie à un aide placé à gauche, qui le soutient convenablement et qui le dirige suivant mes indications; un second, placé à droite, écarte la fesse droite de la malade; un troisième se tient à la fenêtre avec une glace pour projeter les rayons du soleil dans la cavité vaginale, ce qu'il n'est pas besoin de faire pendant le premier temps de l'opération, les rayons lumineux arrivant directement dans le vagin. Un quatrième aide se tient près de la tête de l'opérée pour l'observer, l'encourager, et maintenir ses mains au besoin. La fistule est parfaitement éclairée, je vois même l'intérieur de la vessie et les contractions spasmodiques de cet organe.

Premier temps. — *Avivement.* — Je commence l'avivement par la lèvre antérieure de la fistule et par son extrémité droite. A l'aide d'un long ténaculum, je soulève la muqueuse vaginale de manière qu'elle forme un pli transversal; je traverse ce pli par transfixion près de sa base avec le bistouri droit de M. Sims, et j'achève son excision avec les ciseaux coudés de M. Bozeman. Je parcours ainsi toute la lèvre antérieure de la fistule; quand je ne puis assez soulever la muqueuse pour couper la partie soulevée par transfixion, je l'avive à la manière ordinaire, soit avec le bistouri droit, soit avec les ciseaux de M. Bozeman.

Je procède de la même manière à l'avivement de la lèvre postérieure et des angles de la fistule, en ayant soin d'éviter le bourrelet formé par la muqueuse vésicale sur les bords de l'ouverture. Pour aviver les angles, je fais tourner légèrement la face convexe du spéculum du côté opposé, ce qui donne beaucoup de jour et de facilité.

L'écoulement du sang est assez considérable sur la lèvre postérieure pour me gêner la vue; je l'arrête en portant à diverses reprises des éponges imbibées d'eau froide sur la plaie; je les applique à l'aide de longs porte-éponges.

Deuxième temps. — *Placement des fils.* — Je passe d'abord des fils de chanvre assez minces, mais assez forts et non cirés, de la manière suivante : chaque aiguille est enfilée d'un fil dont je noue solidement les deux extrémités, et je ramène le nœud derrière le chas de l'ai-

guille ; je fixe ensuite l'aiguille sur la pince à crochet de M. Sims, et je l'enfonce à 1 centimètre en dehors de la surface avivée, pour la faire reporter à 3 ou 4 millimètres en dehors du bord interne de cette surface. J'ai soin de faire cheminer obliquement l'aiguille de manière à ne pas intéresser la vessie. Dès que la pointe est sortie, je la saisis dans la concavité du ténaculum ; je tire un peu celui-ci contre moi, ce qui fait plisser la muqueuse et dégager une portion plus considérable de l'aiguille, que je saisis alors soit avec la pince à crochet, soit avec une pince à coulant. Cette dernière, ayant les branches moins volumineuses, est plus commode quand une faible longueur de l'aiguille est sortie des tissus. Pour la lèvre postérieure, l'aiguille est enfoncée à 3 ou 4 millimètres en dehors du bord interne de la partie avivée, pour ressortir à 1 centimètre en dehors de son bord externe. Je place ainsi six fils végétaux. Pour placer les fils métalliques, je fixe à l'extrémité libre de chaque anse un fil de fer recuit très-mince, en faisant un crochet que je tords et que j'aplatis soigneusement de manière qu'il soit solide et le moins volumineux possible. Je tire alors avec la main gauche sur l'extrémité du fil végétal qui porte l'aiguille, j'agis avec lenteur, et je soutiens la plaie avec l'indicateur droit, qui fait ainsi l'office de poulie de réflexion.

Troisième temps. — *Torsion des fils métalliques.* — Dès qu'un fil métallique a été substitué au fil végétal, je réunis ses deux extrémités dans la fente de l'ajusteur de M. Sims, je les tords un peu ; puis je les coupe de manière à ne leur laisser qu'une longueur de 2 centimètres et demi ; je courbe le tronc formé par leur réunion à angle droit sur lui-même à un demi-centimètre environ de distance de la plaie, et je continue à tordre jusqu'à ce que les deux faces avivées me paraissent suffisamment accolées l'une contre l'autre.

Six fils métalliques ayant été ainsi successivement posés et tordus, je m'aperçois qu'à l'angle droit de la fistule il en est besoin d'un septième, que je pose et tords comme les précédents.

La suture terminée, je fais une injection d'eau froide dans le vagin et j'éponge la plaie. Une injection d'eau colorée avec du lait poussée dans la vessie par l'urèthre ne laisse pas sortir une goutte par la fistule, qui se présente alors sous forme d'une légère gouttière dont les bords sont formés par la muqueuse saine ; du côté gauche, on aperçoit cependant une petite partie de la surface avivée, ce qui me donne pour ce point quelques craintes qui n'ont pas été sans fondement.

Le jour de l'opération, la malade est fatiguée par des gaz intestinaux qui lui donnent quelques coliques et l'empêchent de reposer. Prescription. — 1 pilule d'extrait thébaïque de 5 centigram. dans l'après-

midi, une autre le soir. Potion avec 1 gramme d'éther dans l'intervalle. Bouillon.

Le 17, l'urine coule entièrement par la sonde, les gaz ont disparu. Pouls à 80. La malade a gardé, contrairement à mes prescriptions, une diète absolue. On nettoie la sonde, qui commence à s'encrasser, avec une solution concentrée de potasse caustique, et on renouvelle cette opération matin et soir les jours suivants. La malade prend tous les soirs une pilule d'extrait thébaïque destinée à produire la constipation pour éviter les efforts de la défécation, qui pourraient être nuisibles à la plaie.

Le 18, je fais une légère injection d'eau tiède dans le vagin, qui est continuée tous les jours.

Le 23, la malade a une selle et prend un lavement pour éviter les efforts.

Le 27, j'enlève les fils, la plaie paraît parfaitement réunie, mais il y a un peu d'urine dans le vagin. Je fais une injection dans la vessie, et je vois le liquide sourdre par un petit pertuis sur le côté gauche de la plaie, juste à l'endroit où après la suture on apercevait un peu de la surface avivée. Cette solution de continuité n'a que 3 à 4 millimètres de diamètre ; à son niveau la lèvre antérieure présente des bourgeons charnus encore saignants, la lèvre postérieure en est dépourvue. Je cautérise cet orifice avec le nitrate d'argent, puis avec les ciseaux de Bozeman j'avive légèrement la lèvre postérieure à son niveau, et je pose un point de suture métallique par la méthode indiquée plus haut. Je fais dans la vessie une injection, il n'en sort pas une goutte par le pertuis.

Le 10 octobre, j'enlève ce fil, la cicatrisation est complète. Je fais garder à la malade la sonde de Bozeman encore pendant quatre jours.

Le 15, la malade se lève, elle ne met plus la sonde. La miction s'accomplit normalement, il ne coule pas une goutte d'urine dans le vagin.

Le 10 novembre, la malade va aussi bien que possible, elle a engraissé.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 16 décembre 1863.

Présidence de M. Depaul.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. BLOT fait un rapport verbal sur une pièce adressée par M. le docteur Dubreuil, de Bordeaux, membre correspondant de la Société. Cette pièce consistait en une tumeur du volume des deux poings, qui avait été cause de difficultés sérieuses dans l'extraction d'un fœtus à terme, à la région sacrée duquel elle était adhérente.

Ce que désirait surtout notre honorable collègue, c'était de savoir quelle était la nature intime de cette tumeur.

Un examen attentif a fait reconnaître à M. Blot que cette tumeur n'était autre chose que les vestiges d'un produit de conception altéré. Ce qui permet surtout d'émettre cette opinion, c'est l'existence dans quelques points de la tumeur de filaments entre-croisés offrant tout à fait l'apparence extérieure de *villosités choriales*. Ces filaments examinés au microscope ont présenté la disposition anatomique et la structure intime des éléments du placenta. Parmi ces villosités choriales, les unes sont oblitérées, les autres ont conservé leur canal intérieur et l'épithélium qui lui est propre. D'autres enfin, et ce sont les plus nombreuses, ont subi des dilatations variables en forme et en étendue. Quelques-unes sont transformées en de véritables tumeurs kystiques remplies d'un liquide blanc opalin qui, examiné au microscope, offre un grand nombre d'éléments épithéliaux plus ou moins altérés, granuleux et graisseux.

En quelques points de la pièce, on retrouve comme des lambeaux de membranes qui semblent avoir appartenu à l'œuf altéré.

En résumé, M. Blot pense qu'il s'agit là d'un cas de grossesse gémellaire dans lequel un des produits de conception ayant été arrêté dans son développement, les annexes fœtales ont subi des transformations variées comme on en rencontre quelquefois dans ces sortes d'anomalies.

Note sur une tumeur détachée du fœtus pendant l'accouchement, par M. le Dr DUBREUIL, de Bordeaux, membre correspondant de la Société.

Je fus appelé le matin du 7 avril 1863 par le docteur Chabrely, pour l'aider à terminer un accouchement.

Mme X..., jeune femme de vingt-deux ans, primipare, habitant la

commune de la Bastide, était arrivée au terme d'une grossesse très-régulière; elle était dans les douleurs de l'enfantement depuis plusieurs jours. Dans la journée du 6, la dilatation était assez avancée pour qu'on pût reconnaître une présentation de la face. Dans la nuit du 6 au 7, la face se dégagea avec les épaules, et la sage-femme qui assistait Mme X... fut très-étonnée de ne pouvoir dégager le reste du corps.

Elle fit appeler le docteur Chabrely, qui reconnut une adhérence des fesses de l'enfant à une partie difficile à distinguer; de plus, la matrice était très-volumineuse, ce qui semblait justifier la présence d'un second enfant.

Ce confrère réclama mon concours. A mon arrivée, la face et les épaules étaient expulsées, elles étaient froides et cyanosées, la malade avait de violentes douleurs; malgré d'énergiques tractions, le tronc n'avançait nullement. En portant ma main au-dessus du détroit supérieur, et en suivant le plan postérieur de l'enfant, je reconnus une adhérence de la région sacrée, sur une surface lisse, arrondie, qui remplissait, avec les membres inférieurs, toute la cavité utérine.

L'accouchement étant impossible et l'enfant mort, nous décidâmes de porter un crochet mousse au-dessus de l'adhérence, et pendant que le docteur Chabrely faisait des tractions sur les parties expulsées, je fis mes efforts pour amener plus bas la région adhérente, mais cette adhérence céda et le fœtus se dégagea.

C'était une fille très-bien conformée, qui portait sur la région sacrée une large plaie, résultant de la déchirure faite par la partie détachée. En parcourant avec le doigt la colonne vertébrale, surtout dans cette région, elle ne présentait rien d'insolite, tous les tissus étaient parfaitement normaux.

Après la sortie de l'enfant et la section du cordon, je m'empressai de porter la main dans l'utérus. Cet organe était rempli par une masse assez solide, mais qui présentait plusieurs points qui se déchiraient facilement; je parvins à la saisir par sa partie postérieure et à l'amener lentement au dehors, afin de ne pas la déchirer.

Ce corps était une tumeur de forme arrondie, à surface lisse, présentant des bosselures molles et fluctuantes. A la partie adhérant à l'enfant, on voyait des fragments de la peau qui la recouvrait, le reste de la tumeur présentait une pellicule légère. Au moment de sa sortie de l'utérus, cette tumeur pesait un kilogramme et demi; depuis elle s'est beaucoup réduite.

En ponctionnant les petits kystes qui se trouvaient sur sa surface antérieure, il s'écoulait un liquide très-clair, et la petite cavité qui en résultait était tapissée par une surface très-blanche et très-lisse.

L'influence du séjour de cette tumeur dans l'eau alcoolisée a modifié son aspect; le tissu est devenu plus dur et plus résistant, le liquide qui se trouve dans les petits kystes est devenu lactescent.

Le placenta était complet, et ne présentait aucune altération.

Et maintenant quelle est la nature de cette tumeur si étrange, développée pendant la vie intra-utérine sur le fœtus, sans avoir aucun prolongement dans son tissu, et sans aucun rapport avec celui de la mère ? Est-elle le produit d'une lésion maladive et vraiment pathologique, l'encéphaloïde, par exemple, comme semble le démontrer l'examen microscopique, ou bien est-elle simplement une déviation anormale ou tératologique, produite par une tendance avortée à la production d'un second fœtus?

J'ai pensé que ce fait intéresserait mes savants collègues de la Société de chirurgie, et que sa discussion pourrait jeter quelque lumière sur la nature d'une tumeur si exceptionnelle.

Pour compléter ces quelques notes, je dirai que la jeune femme est d'une bonne constitution; son père et sa mère vivent, elle a cinq frères ou sœurs, tous se portent bien. Le mari a son père et sa mère, il est l'aîné de six enfants qui jouissent d'une belle santé. On ne peut invoquer aucune hérédité pathologique.

Calcul de la vessie. — M. MARJOLIN. Je demande à la Société la permission de lui communiquer une observation de calcul vésical qui a présenté quelque chose d'assez insolite.

Un enfant de douze à treize ans avait un calcul engagé dans l'urèthre; je le repoussai dans la vessie au moyen d'une sonde; puis, après avoir pendant quelque temps dilaté le canal, je fis la lithotritie. Le malade rendit quelques fragments, mais pas en rapport avec le volume présumé du calcul. Après la troisième séance, il survint de la fièvre, et un abcès se forma dans le bras. Je l'ouvris; il donna issue à une grande quantité de pus, dont le point de départ me parut être une ostéomyélite suppurée. En faisant l'autopsie, je cherchai dans la vessie les débris du calcul, et je ne trouvai absolument rien, de sorte que celui qui n'aurait vu que le résultat de l'autopsie aurait pu croire à une erreur de diagnostic.

M. MOREL-LAVALLÉE fait remarquer que les fragments de calcul retirés de la vessie ne permettaient pas de supposer une erreur de diagnostic.

M. GIRALDÈS. Les accidents qui ont entraîné la mort ont pu avoir leur point de départ dans une altération des parois vésicales, et M. TRÉLAT, remarquant combien l'ostéomyélite est rare à la suite de

la lithotritie, se demande s'il ne s'agissait pas d'un abcès péri-huméral.

M. MARJOLIN répond à M. Giraldès que la vessie était saine, et à M. Trélat qu'à l'autopsie on a trouvé du pus dans le canal médullaire.

Deux cas d'empyème.; embolie. — M. MOREL-LAVALLÉE. Je viens d'avoir l'occasion d'observer deux cas curieux d'empyème. Un malade avait un énorme abcès dans le creux de l'aisselle; je fis une large incision qui donna issue à un litre et demi de pus. La toux déterminait un jet intense du liquide; mais sous l'influence de l'effort il ne se produisait aucun jet. Le malade est guéri.

Le second malade avait aussi un abcès de l'aisselle qui fut ouvert par l'un de mes internes. Je ne tardai pas à découvrir une communication de cet abcès avec la poitrine, et cependant pendant un mois il ne survint aucun accident, parce que l'ouverture de la peau étant en un point plus élevé que celle de la poitrine, le tégument faisait une sorte de soupape qui s'opposait à l'entrée de l'air. Hier, après avoir dîné, il s'est senti subitement pris d'un grand malaise, et s'est écrié: *Je meurs*, et, en effet, après avoir levé les bras en l'air, il s'est affaissé sur lui-même et a succombé. J'ai pensé qu'on ne pouvait expliquer cette mort subite que par l'embolie. En effet, nous avons trouvé dans la branche gauche de l'artère pulmonaire un caillot volumineux formé de deux parties, l'une blanche et ancienne, l'autre noirâtre et récente; comme chez ce malade le poumon droit ne fonctionnait plus, l'interruption de la circulation dans le poumon gauche a pu suffire pour causer la mort. Le cœur contenait du sang noirâtre; ses orifices étaient sains.

M. VERNEUIL. Je signalerai une omission importante dans la relation du fait intéressant que nous communique M. Morel. Notre collègue ne nous a pas dit de quel point venait le caillot qu'il a rencontré dans l'artère pulmonaire, et où était la phlébite qui a produit ce caillot.

M. MOREL. Je n'ai pas dit d'où venait le caillot oblitérateur parce que je n'en sais rien; ce sera, si l'on veut, une lacune dans mon observation; mais cette lacune existe souvent. J'ai vu les meilleurs anatomo-pathologistes hésiter pour distinguer si un caillot avait été formé avant ou après la mort. Quant à la question de la phlébite, je puis y répondre par un fait: Un malade atteint de fracture des os de la main meurt subitement; à l'autopsie, nous trouvons tout le système artériel rempli de sang coagulé, et rien dans les veines. Qu'est-ce qui a pu déterminer cette coagulation si générale, si ce n'est une maladie du sang?

M. VERNEUIL. M. Morel avoue qu'il existe une lacune dans son observation, et il me demande pourquoi le sang se coagule : je n'en sais rien. Mais là n'est pas la question. On discute encore sur les faits d'embolie, et pour établir qu'un caillot a été déplacé, il faut prouver qu'il n'a pu se former sur place et trouver le point où il a été puisé.

M. FOLLIN. Je veux seulement faire remarquer que les caillots d'embolie ont des caractères qui les rendent moins difficiles à reconnaître que ne le dit M. Morel-Lavallée.

M. MOREL. Je maintiens qu'il n'est pas toujours facile de distinguer un caillot formé pendant la vie de celui qui s'est formé après la mort. Quant au fait de l'embolie, je l'admets, parce que c'est la seule explication plausible d'une mort aussi instantanée, et que l'autopsie vient confirmer cette idée. Un seul poumon fonctionne ; je trouve son artère oblitérée par un caillot, je dis que ce caillot a causé la mort, de quelque part qu'il vienne.

M. BROCA. Je ne connais pas de cas d'embolie pulmonaire dans lesquels la mort ait été aussi instantanée. D'ailleurs, pour qu'un caillot oblitère l'artère pulmonaire, il faut qu'il soit volumineux ; il n'existe aucun vaisseau capable d'en produire un d'un tel volume, et il faut que le caillot se forme dans le cœur.

M. MOREL. M. Broca nous dit qu'il ne connaît pas beaucoup d'observations de mort subite par oblitération de l'artère pulmonaire, mais on en a cité des exemples, Virchow, entre autres, et cela me suffit pour que j'admette que chez mon malade c'est le caillot de l'artère pulmonaire qui a causé la mort.

M. HOUEL. Je connais plusieurs faits qui, contrairement à l'assertion de M. Broca, démontrent que les caillots de l'artère pulmonaire peuvent venir de très-loin. Ainsi M. Velpeau a présenté à l'Académie des sciences une pièce d'embolie de l'artère pulmonaire ; le malade, atteint de fracture de la jambe, était mort subitement. M. Briquet a vu un caillot de 15 centimètres, dur, dense, noueux, portant l'empreinte des valvules veineuses et oblitérant l'artère pulmonaire. Enfin, dans un cas de gangrène sénile de la jambe, le malade est pris de suffocation et meurt : on a trouvé dans l'artère pulmonaire un caillot mou, déchiqueté à une extrémité, dense et dur à l'autre. Le cœur était sain.

M. BROCA. Parmi les faits que vient de nous citer M. Houel, il n'y a que celui de M. Briquet qui réponde à mon objection. Je conçois très-bien qu'un caillot petit, mais très-long, puisse en se pelotonnant boucher l'artère ; mais il n'en est pas moins vrai que le caillot doit être aussi gros que le vaisseau qu'il oblitère. Plus que

personne je suis partisan de l'embolie, et sans prononcer le nom, j'ai décrit les migrations des caillots et de la matière cancéreuse dans les vaisseaux bien avant Virchow. Mais il ne faut pas admettre les yeux fermés tout ce qu'on décrit sous le nom d'embolie. Ainsi, pour démontrer l'embolie, il faut non-seulement trouver le caillot au point d'arrivée, mais encore constater le point de départ et y trouver les vestiges du caillot formateur. On a singulièrement exagéré la fréquence des embolies. N'y a-t-on pas rattaché les ramollissements cérébraux? Or, j'ai souvent vu les artères cérébrales oblitérées par des caillots; mais en les ouvrant, j'y ai toujours trouvé un canal central, perméable; c'est donc à tort que ces cas sont rangés parmi les embolies.

M. MOREL-LAVALLÉE. Pour moi, les faits de M. Houel sont très-probants; car, si les caillots ne sont pas assez volumineux, ils peuvent se pelotonner, et d'ailleurs un caillot s'arrêtant dans un vaisseau y devient le point de départ d'une autre coagulation qui en augmente le volume.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, Dr E. FOUCHER.

Séance du 23 décembre 1863.

Présidence de M. DEPAUL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Diagnostic de l'embolie. — M. BROCA. Dans la dernière séance, il a été question de l'embolie, et je veux profiter de cette circonstance pour présenter à la Société quelques considérations qui peuvent être utiles pour faire le diagnostic de ce genre de lésion. J'ai déjà communiqué ici les résultats de mes recherches sur la température des membres dont l'artère principale est oblitérée.

Quand un caillot oblitère complétement l'artère fémorale, par exemple, la circulation est troublée; elle devient plus active dans les couches superficielles, au niveau de l'oblitération, et il y a en ces points augmentation de la température; mais comme la quantité de sang que reçoit le membre a diminué, la température s'abaisse de 1° à 1° 1/2 au-dessous de l'oblitération.

J'ai pu, dans une circonstance récente, faire l'application de ces données au diagnostic d'une gangrène du pied.

Un officier de marine, après avoir éprouvé d'atroces douleurs dans le pied, eut une gangrène. Je fus appelé, et après avoir fait l'examen thermométrique, j'admis que l'oblitération existait au niveau de l'anneau du troisième adducteur, et je me prononçai nettement contre l'amputation de la jambe. Cependant, après mon départ et sur les instances du malade, on fit l'amputation de la jambe au lieu d'élection, et le surlendemain les lambeaux étaient mortifiés, les os se nécrosèrent ; cependant le malade a guéri ; mais ce que j'avais prévu est arrivé. Le confrère qui a pratiqué l'opération a vu, pendant l'amputation, que les artères n'étaient pas oblitérées au niveau de leur section. Dans un grand nombre de cas de gangrène sèche, j'ai fait le diagnostic du siége de l'embolie au moyen du thermomètre.

Maintenant je veux faire connaître un fait qui prouve que l'examen thermométrique suffit pour faire reconnaître qu'une gangrène n'est pas due à l'embolie.

Une femme vieille se fait au pied une légère écorchure qui se recouvre d'une croûte, qui persiste. Le 4 décembre, des douleurs vives se font sentir dans la jambe ; il y a de la fièvre, et une phlyctène noire se forme autour de la croûte. L'application du thermomètre démontre que la température a diminué de 1° dans tout le membre ; c'est le contraire de ce qui arrive dans l'embolie. La mort a lieu dix jours plus tard. A l'autopsie, nous avons trouvé un état athéromateux de l'artère fémorale, et à sa face interne des couches fibrineuses qui en réduisaient le calibre à celui de la radiale. On trouvait l'artère complétement oblitérée par un caillot qui s'était formé dans les derniers jours, et avait été la cause de la gangrène. Ce dépôt successif de fibrine explique le ralentissement gradnel de la circulation.

Otorrhée. — Propagation de la phlegmasie de l'oreille aux cellules mastoïdiennes. — Trépanation de l'apophyse mastoïde. — M. FOLLIN communique à la Société un cas de *trépanation de l'apophyse mastoïde* pour un abcès des cellules mastoïdiennes consécutif à une otite de l'oreille moyenne. Le malade, âgé de quarante-trois ans, est habituellement d'une bonne santé ; mais depuis sa jeunesse il est sujet à des maux de gorge qui sont devenus plus fréquents dans ces derniers temps, car il se passait rarement une année sans qu'il eût une ou deux angines aiguës, qui se terminaient le plus souvent par un abcès.

C'est à la suite d'une de ces angines, survenue au mois de mars dernier, qu'il fut pris tout à coup, dans les premiers jours d'avril, d'une douleur très-vive dans l'oreille droite. Trois jours après, sur-

vinrent un abondant écoulement de pus par cette oreille et de la surdité. Pendant six semaines, ces douleurs furent incessantes, intolérables; elles s'étendaient à toute la partie droite de la tête et s'accompagnaient de fièvre, de délire, surtout pendant la nuit. Puis durant les six mois suivants, quoique l'écoulement et la surdité persistassent, les douleurs diminuèrent un peu; mais des exacerbations toujours très-aiguës succédaient aux rémissions, qui les rendaient plus supportables. Le malade était, à cause de ces accidents, dans l'impossibilité de se livrer à aucun travail.

Dès la fin du premier mois de sa maladie, on remarqua un peu de gonflement dans la région mastoïdienne droite. La pression de cette partie était douloureuse. Dans ces derniers temps, une rougeur érysipélateuse avait envahi la peau de cette région, et la douleur était devenue plus vive. Un médecin fit alors appliquer au-dessous de la région mastoïdienne un séton qui n'eut aucun effet sur la maladie principale, mais parut calmer un peu les douleurs. C'est alors que le malade vint à Paris et fut amené à M. Follin par M. le docteur Charpentier. A ce moment, la région mastoïdienne était gonflée, un peu rouge, douloureuse au toucher; du pus sortait en abondance par l'oreille, et le malade, incessamment tourmenté par des douleurs dans le côté droit de la tête, passait les nuits sans sommeil. Il n'y avait ni abcès apparent à l'extérieur, ni trajet fistuleux. D'après toutes ces circonstances, on diagnostiqua un abcès dans les cellules mastoïdiennes, et M. Follin proposa au malade de trépaner ces cellules pour favoriser l'écoulement du pus au dehors et obtenir ainsi la guérison.

Cette opération, promptement acceptée par le malade, fut pratiquée par M. Follin le 18 novembre dernier, avec l'assistance de M. le docteur Charpentier et de MM. Charpentier fils et Rondeau, internes des hôpitaux.

Une incision cruciale de 5 à 6 centimètres de hauteur fut pratiquée sur la région mastoïdienne, et les quatre lambeaux résultant de cette incision furent disséqués avec soin, de façon à mettre à nu la surface osseuse sous-jacente. Dès que le périoste de la région eut été incisé et soulevé, on appliqua sur l'os une petite couronne de trépan, et on enleva facilement une rondelle osseuse de 7 millimètres de diamètre transversal. Cette rondelle osseuse enlevée, on vit sortir de suite des cellules mastoïdiennes une assez notable quantité d'un pus bien lié. Afin d'agrandir cette ouverture faite à l'os et surtout de lui donner une forme conique à base dirigée en dehors, M. Follin enleva avec un grattoir conique les bords de la section osseuse. Une boulette de charpie fut introduite au fond de la plaie, dont les bords furent écar-

tés pour éviter une cicatrisation trop prompte. Un pansement simple fut appliqué.

Les résultats immédiats de cette opération furent très-satisfaisants. Dès le lendemain, le pus ne s'écoulait plus par l'oreille, et les vives douleurs de la tête avaient cessé. La plaie entra en suppuration peu à peu, et à ce propos M. Follin fait remarquer que dans ces plaies faites dans une région où abonde du tissu fibreux, les bourgeons charnus ne se développent régulièrement que lorsque la plaie s'est débarrassée de quelques tractus fibreux que le bistouri a divisés et qui se mortifient. Des phénomènes analogues se montrent dans les plaies qu'on fait à la région du talon.

Quoi qu'il en soit, la plaie devint bientôt granuleuse; l'écoulement du pus contenu dans les cellules mastoïdiennes se fit régulièrement au dehors, et l'otorrhée disparut pour ne plus se montrer de nouveau. Une adénite cervicale très-légère, qui entra promptement en résolution, fut le seul accident qui traversa la guérison de cette trépanation des cellules mastoïdiennes.

Aujourd'hui, un mois après l'opération, l'ouverture faite à la région mastoïdienne est tout à fait cicatrisée. La cicatrice est un peu froncée et très-solide, les douleurs de tête ni l'otorrhée n'ont reparu, et le malade se trouve parfaitement bien. Il faut ajouter que le malade entend à peine de ce côté; mais quand on songe aux désordres qui ont dû exister dans l'oreille moyenne avant l'opération, cela ne peut guère étonner.

Cette observation se rapproche de deux observations analogues que M. Follin a déjà communiquées à la Société. Il s'agissait aussi dans ces deux faits de trépanations faites sur l'apophyse mastoïde pour combattre des accidents du même genre; mais dans ces deux faits, dont l'un a été recueilli avec le docteur Schloss et l'autre sur un soldat, il existait des fistules de la région mastoïdienne. Dans ces deux cas, l'opération a été suivie de guérison; les accidents douloureux du côté de la tête et l'otorrhée ont aussi disparu après la trépanation.

Dans le dernier fait communiqué par M. Follin, la fistule n'était pas encore établie.

On sait la gravité de ces affections de l'oreille et la propagation des accidents inflammatoires aux membranes du cerveau. Dans ces cas il y a parfois des tubercules osseux ou une carie; mais il est probable que l'ostéite suppurée est souvent la conséquence d'une inflammation simple de la membrane qui revêt les cellules mastoïdiennes. Dans le cas présent, on observe une otite de l'oreille moyenne par propagation d'une angine tonsillaire ou autre; puis la phlegmasie gagne les cellules mastoïdiennes, et, de proche en proche, l'os s'enflamme, se

gonfle, etc. Jamais, dans le fait relaté par M. Follin, on n'a vu sortir par la suppuration de fragments osseux, et la marche de la maladie est contraire à l'hypothèse d'une carie de l'apophyse mastoïde.

La conclusion pratique de ces trois faits est facile à tirer. Il faut opérer de bonne heure la trépanation de l'apophyse mastoïde dans ces otorrhées qui s'accompagnent de douleurs persistantes ou de tension de la région mastoïdiene. Cette opération, d'une exécution facile, n'est en général suivie d'aucun accident.

M. FORGET. Il y a trois ans, j'ai publié dans l'*Union médicale* un fait d'abcès intra-mastoïdien, et dans ce cas j'ai fait, en 1849, la trépanation de l'apophyse mastoïde. Il s'agissait d'un jeune homme de quinze à seize ans. Il y avait au niveau de l'apophyse mastoïde un empâtement considérable. J'employai la gouge et la percussion modérée pour perforer l'os, puis le couteau lenticulaire pour arrondir l'ouverture. Il sortit une grande quantité de pus, les douleurs furent supprimées, mais il resta dans le foyer un petit séquestre, que j'enlevai avec une pince.

J'arrive aux mêmes conclusions que M. Follin, et comme cette question est encore controversée, il est utile de rappeler les faits qui ne sont pas nombreux.

M. FOLLIN. Mes premières observations datent de cinq ans, je ne connaissais pas, par conséquent, l'opération de M. Forget.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. DESORMEAUX présente un jeune homme de seize à dix-sept ans, affecté d'une tumeur à la partie inférieure de la face interne de la cuisse droite. Le malade s'est aperçu de l'existence de cette tumeur il y a deux ans; mais comme elle avait déjà le volume d'une grosse noix et la dureté qu'elle offre aujourd'hui, il est certain qu'elle existait depuis longtemps, si elle n'est pas congénitale.

Cette tumeur avait conservé sensiblement le même volume; elle était entièrement dure et ne causait de douleur ni spontanément ni par la pression; mais il y a huit jours, à la suite de fatigues, elle a grossi en peu d'heures et est arrivée à l'état où on la voit aujourd'hui.

Etat actuel. — La tumeur occupe en hauteur et en largeur le quart inférieur de la face interne de la cuisse; elle est ovalaire, sa surface est régulièrement arrondie; elle fait une saillie de trois travers de doigt environ. Sa consistance est molle; mais dans son épaisseur on trouve un corps dur, allongé, irrégulièrement globuleux, qui paraît, en défalquant l'épaisseur des parties molles, du volume d'une grosse noix; le corps est mobile, surtout transversalement, et dans

ses mouvements sur la surface du fémur, il donne la sensation d'un frottement osseux et produit des douleurs assez vives.

La tumeur ne présente qu'une fluctuation obscure ; mais si on la comprime en avant et en arrière du corps dur qu'elle contient, celui-ci est soulevé, et on peut, par une pression brusque à sa surface, produire un choc absolument semblable à celui qu'on obtient en pressant brusquement sur la rotule soulevée par une hydarthrose. La tumeur n'est pas douloureuse spontanément, il n'y a douleur que par suite du frottement ou du choc de sa portion dure à la surface du fémur.

Le reste du membre est sain ; le genou est à l'état normal ; la marche n'est pas douloureuse, et le membre est aussi fort que celui du côté opposé.

— Comité secret à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr Foucher.

Séance du 30 *décembre* 1863.

Présidence de M. Depaul.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. TRELAT. Dans le rapport que j'ai eu l'honneur de lire le 9 décembre à la Société, sur le traitement des fistules vésico-vaginales, après avoir indiqué les modifications proposées par M. Duboué à l'avivement et à la suture, j'ai fait voir que ces modifications ne différaient pas du procédé de Gerdy.

Un de nos collègues de province, M. Azam, a eu la bonté de me faire parvenir un travail qu'il a publié dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (août 1861), relatif à ce point spécial ; c'est le compte rendu d'un Mémoire de M. Collis, chirurgien de l'hôpital de Meath, à Dublin (*Quarterly Review of med. sciences,* mai 1861), sur un *Nouveau procédé opératoire pour l'occlusion des fistules vésico-vaginales.*

Ce nouveau procédé de M. Collis, c'est celui que Gerdy a exécuté en 1841, et c'est à peu de chose près celui que propose M. Duboué ; seulement M. Collis donne à ses lambeaux toute l'épaisseur du vagin, la dissection porte sur la tunique musculaire de la vessie ; il préconise comme cheville de la suture un morceau de sonde en caoutchouc vulcanisé flexible.

Ainsi, Gerdy en 1841, M. Collis (de Dublin) en 1861, ont mis en

pratique ce procédé; un an plus tard, M. Duboué le réinvente; telle me paraît être, sauf rectification ultérieure, la vérité sur cette question.

Cependant, les succès de M. Collis ne peuvent que donner du poids à l'idée de notre confrère de Pau; c'est une sanction clinique qui lui manquait.

Un point qui m'a vivement frappé dans les observations de M. Collis, c'est le peu de temps pendant lequel il laisse la suture en place. Il la visite au bout de quarante-huit heures, enlève quelques fils le troisième jour et les autres le quatrième, ou au plus tard le cinquième. La sonde est également retirée le quatrième jour, mais on l'introduit quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures. La malade doit encore pendant quelques jours garder le repos le plus absolu. Comme M. Spencer Wells, M. Collis emploie des fils de chanvre préalablement mouillés.

Tous ces détails de pratique me paraissent devoir être pris en sérieuse considération, sinon comme exemple à suivre, au moins comme base de jugement à porter sur d'autres procédés, et particulièrement sur certains points des procédés américains.

RAPPORT.

M. A. GUÉRIN lit un rapport sur un mémoire intitulé : **Étude clinique des rétrécissements syphilitiques de la trachée**, par M. Bœckel (de Strasbourg).

M. le docteur Bœckel, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, vous a adressé au mois d'août 1862 un mémoire intitulé : *Étude clinique des rétrécissements syphilitiques de la trachée.* Chargé, au nom d'une commission dont MM. Cullerier et Richard font partie, de vous rendre compte de ce travail, je vous demande de m'accorder quelques moments d'attention.

Le sujet nous intéresse, car il touche à des difficultés de pratique que l'esprit le plus sagace pourrait ne pas prévoir, s'il n'avait pour guide la connaissance de faits semblables à ceux dont je vais vous entretenir.

En mai 1861, une femme âgée de cinquante-six ans, qui est sujette aux bronchites, se plaint de douleurs au niveau du larynx ; sa voix se voile et peu à peu sa respiration s'embarrasse, devient bruyante et de plus en plus difficile.

Comme depuis deux ans cette femme avait à la fesse un ulcère de la largeur de la paume de la main, avec des bords inégaux, renversés (M. Bœckel ne parle pas de la couleur), M. S..., qui donnait des soins

à cette malade, eut l'idée que l'ulcère et l'angine pourraient bien tenir à la même cause. Bien que cette femme soutînt qu'elle n'avait jamais eu de maladie vénérienne, prenant en considération la forme de l'ulcère, sa persistance, les mœurs peu orthodoxes du mari, on s'arrêta à l'idée que la syphilis était la cause des accidents observés, et l'on institua un traitement par les pilules de sublimé, sous l'influence duquel l'ulcère ne tarda pas à s'améliorer, sans que la respiration devînt plus facile.

Le 2 août, M. Boeckel fut appelé par le médecin traitant pour le cas où il deviendrait urgent de pratiquer la trachéotomie. A cette époque, dit l'auteur du mémoire, la malade, assise dans son lit, est en proie à une dyspnée telle que le moindre mouvement donne lieu à de la suffocation. Son pouls est petit, régulier et sans fréquence anormale. A chaque inspiration, les muscles du cou et de la partie supérieure du thorax se contractent convulsivement et la respiration s'accompagne d'un bruit serratique, sec, sans mélange de bruits muqueux ; la voix, qui est très-faible, est voilée et un peu rauque. Toute la poitrine résonne normalement à la percussion, mais le murmure vésiculaire est couvert par les bruits laryngés. En auscultant avec le stéthoscope, il semble que le bruit est à son maximum d'intensité au niveau du larynx.

En touchant par la bouche, on constate que l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques ont la consistance et le volume de ces parties à l'état normal.

L'ulcère s'étant très-notablement modifié sous l'influence du traitement et les accidents de suffocation acquérant chaque jour plus de gravité, MM. Bœckel et S... se décidèrent le 5 août à pratiquer la laryngo-trachéotomie. Le cartilage cricoïde, le premier anneau de la trachée et la membrane crico-thyroïdienne ayant été incisés, on introduisit dans la trachée une canule double, grosse comme le pouce.

M. Bœckel s'attendait à voir la malade respirer à pleins poumons ; il ne tarda pas à reconnaître que l'opération n'avait apporté aucun soulagement à son état. Se rappelant alors les observations de rétrécissements syphilitiques de la trachée que MM. Moissenet et Vigla ont publiées, il ne douta pas qu'il n'eût affaire à un cas semblable. Dans le but de s'en assurer, il introduisit profondément dans la trachée une grosse sonde en gomme qui, arrivée vers la naissance des bronches, rencontra en ce point un obstacle qu'elle ne put franchir.

Les douleurs et l'anxiété de la malade ne permirent pas de prolonger ces investigations, et l'on dut réappliquer la canule sans savoir précisément si l'obstacle dépendait d'un rétrécissement, ou bien si la

sonde n'avait pas été arrêtée par l'éperon qui résulte de la bifurcation de la trachée.

Les jours suivants, ayant reconnu par l'auscultation que le bruit vésiculaire était absolument nul à gauche, tandis qu'on l'entendait dans le poumon droit, la sonorité à la percussion étant normale des deux côtés, les médecins pensèrent que le rétrécissement avait son siége dans la bronche gauche, point inaccessible à une opération.

La mort de la malade, qui survint le 7 septembre, mit un terme à des accidents contre lesquels la médecine et la chirurgie ne pouvaient rien.

A l'autopsie, on reconnut qu'il existait un rétrécissement cicatriciel au niveau de la bifurcation des bronches. Des brides et des cicatrices étoilées s'étendaient de la partie inférieure de la trachée jusqu'à 2 centimètres dans les bronches. Les anneaux cartilagineux, déformés à droite, contribuaient au rétrécissement qui permettait encore le passage d'une tige ayant un demi-centimètre de diamètre, tandis qu'à gauche cette introduction était impossible, les parois de la bronche ayant complétement disparu dans une certaine étendue et la perte de substance étant comblée par des ganglions dont un n'était plus guère représenté que par une cavité suppurante qui s'était ouverte dans la bronche. Les ganglions bronchiques, plus éloignés de la lésion principale, étaient pigmentés et indurés.

Les deux poumons, atteints d'emphysème, présentaient au sommet quelques tubercules crétacés; à la base du poumon gauche, on voyait des noyaux blancs et indurés, de la grosseur d'un pois et disposés par groupes. C'étaient, dit l'auteur, des lobules pulmonaires oblitérés.

J'ai tenu à reproduire dans mon rapport l'indication des lésions constatées par l'autopsie, ces lésions étant parfaitement en rapport avec les symptômes observés dans le cours de la maladie.

Se fondant sur les *antécédents* du mari, sur la forme et l'étendue des ulcérations, sur leur durée et leur incurabilité jusqu'au moment où un traitement mercuriel leur imprime une tendance à la guérison, M. Bœckel ne doute pas que ce ne soit là un exemple d'ulcérations syphilitiques ayant causé un rétrécissement de la trachée et des bronches.

Je pense, messieurs, que vous n'aurez pas d'éloignement pour cette opinion; mais peut-être vous demanderez-vous comme moi ce que c'était que ces *noyaux blancs et indurés*, qui, suivant l'auteur du mémoire, *n'étaient que des lobules pulmonaires oblitérés*. La description de cette lésion ne me paraît pas suffisante; car je ne comprends pas bien comment des lobules pulmonaires, en s'oblitérant, ont pu former des noyaux indurés. Il y a évidemment ici confusion dans le rapport

de la cause à l'effet. Ce sont, je pense, les noyaux qui ont oblitéré les lobules dans lesquels ils se sont formés, et il est extrêmement probable qu'ils s'étaient produits sous l'influence de la syphilis. Je regrette que l'auteur ne nous ait pas mieux renseignés à ce sujet. J'aurais voulu savoir si cette lésion ressemblait aux dépôts plastiques qui ont été observés dans les poumons des individus syphilitiques. Il est un autre point sur lequel je ne peux pas être parfaitement d'accord avec M. Boeckel. Pour notre confrère de Strasbourg, le rétrécissement de la trachée et des bronches est une conséquence des accidents secondaires. « L'ulcère, dit-il, apparaît à la fin de la période secondaire de la vérole. Il se présente sous la forme d'une plaque arrondie, inégale et mamelonnée, d'une couleur jaunâtre et déprimée à son centre ; il détruit les tissus à une profondeur variable ; souvent il n'atteint que la muqueuse, et sa guérison laisse une cicatrice superficielle ; dans les cas où l'ulcération est profonde, elle ronge toute l'épaisseur de la trachée, les cartilages, et peut s'étendre jusqu'aux ganglions bronchiques. »

Conséquent avec cette opinion, M. Boeckel institue le traitement qui convient aux accidents secondaires.

Pour moi, je suis depuis longtemps convaincu que les lésions qui n'affectent que les membranes muqueuses, à l'exclusion des tissus sous-jacents, ne peuvent jamais donner lieu à un rétrécissement ; s'il en était autrement, les plaques muqueuses qui se produisent si fréquemment dans la première partie des voies respiratoires nous rendraient souvent témoins des accidents de suffocation persistante, sur lesquels M. Bœckel a voulu attirer notre attention, et, d'un autre côté, les lésions dites secondaires de la syphilis n'affectent pas la profondeur de nos tissus. C'est aux lésions de la période tertiaire qu'il faut attribuer la destruction des cartilages et des tissus fibreux.

Pour nous éclairer à ce sujet, il suffit d'étudier ce qui se passe chaque jour sous nos yeux à l'entrée des voies respiratoires. Dans la première période de la syphilis, nous voyons en effet l'isthme du gosier se couvrir de plaques muqueuses que l'on observe aussi, quoique plus rarement, près de l'orifice des narines. Eh bien, jamais un rétrécissement n'est la conséquence de cette lésion. Dans les cas assez fréquents de rétrécissement de l'urèthre, c'est l'ulcération de la période ultime qu'il faut invoquer. Souvent elle coïncide avec la destruction des os du nez ou quelque autre lésion du système osseux.

Cette ulcération affectant ordinairement le voile du palais et la partie postérieure des piliers, à mesure que le rétrécissement s'opère, les piliers et la partie libre du voile du palais se portent en arrière, et il vient un moment où l'adhérence de ces parties à la paroi posté-

rieure du pharynx supprime la communication entre les fosses nasales et la partie inférieure du pharynx. Ce barrage est définitif, à moins que l'art n'intervienne ou qu'un abcès, comme je l'ai vu deux fois, ne perfore le voile du palais tendu entre la colonne vertébrale et la partie osseuse de la voûte palatine.

Voilà le type du rétrécissement qui se produit dans les voies respiratoires sous l'influence de la syphilis, et je mets au défi tous les syphiliographes du monde de prouver que quelque chose de semblable peut se produire en ce point dans la période que l'on appelait secondaire, et que nous devrions maintenant appeler la période primitive de la syphilis.

Il est très-probable que ce sont des tumeurs gommeuses développées dans la trachée et dans les bronches qui ont causé le rétrécissement dont M. Bœckel nous a communiqué l'intéressante observation.

Je sais bien qu'on pourrait objecter à notre manière de voir que la syphilis n'est pas la seule maladie qui puisse donner lieu à la déformation et à la destruction partielle des bronches. Ainsi, M. A. Reynaud, dans son article du *Dictionnaire de médecine*, dit que l'ulcération des bronches peut être la conséquence de la compression exercée par des ganglions ayant acquis un développement considérable. Or, dans le cas de M. Bœckel, il y avait des traces de tubercules dans les poumons, et un abcès ganglionnaire communiquait encore avec l'intérieur du tube oblitéré. Mais si l'on tient compte de le coexistence d'un large ulcère de la fesse, qui, à la vérité, n'est pas suffisamment décrit, mais qui s'est promptement amélioré sous l'influence du traitement antisyphilitique, on adhérera, je crois, sans peine à l'opinion de M. Bœckel.

Rapprochant de son observation trois faits semblables de rétrécissement de la trachée dus à MM. Worthington, Moissenet et Vigla, l'auteur du mémoire étudie d'une manière fort intéressante le diagnostic différentiel des obstructions laryngées et trachéales. Il classe dans l'ordre suivant les moyens qui peuvent servir à ce diagnostic :

1° Bruits et sons qui accompagnent la respiration ;
2° Palpation ;
3° Auscultation ;
4° Examen à l'aide du laryngoscope.

1° Pour les bruits et les sons, rappelant l'opinion de M. Empis, pour qui le *cornage broncho-trachéal, quelque intense qu'il soit, n'empêche jamais complétement le malade de produire des sons laryngés, tandis que dans les affections du larynx la voix est enrouée et rau-*

que, ou voilée et éteinte, M. Bœckel pense que cette proposition n'est pas vraie pour tous les cas, et à l'appui de sa manière de voir il dit que dans trois des quatre observations dont il s'est servi pour faire son mémoire, la voix était rauque et éteinte. Mais si ces caractères de la voix ne lui paraissent pas avoir toute la valeur que M. Empis leur a reconnue, il affirme qu'une voix claire doit exclure l'idée d'une affection du larynx.

2° La palpation, dit M. Bœckel, peut servir à établir le diagnostic, quand la lésion affecte le larynx ou la partie supérieure de la trachée. Elle se traduit par de l'empâtement ou par de la douleur à la pression.

Ai-je besoin, Messieurs, d'insister devant vous sur l'utilité de la palpation pour reconnaître les affections chirurgicales? Le premier soin d'un chirurgien n'est-il pas d'explorer avec la main la partie qu'il suppose malade? Tout récemment, j'ai eu l'occasion d'observer à l'hôpital Saint-Louis une femme qui, lors de son entrée dans mon service, présentait tous les symptômes d'un œdème de la glotte. En explorant le larynx à travers la peau, je reconnus que les différentes pièces dont il est composé étaient comme soudées entre elles, de telle sorte qu'il était presque impossible d'isoler les mouvements de l'os hyoïde de ceux du cartilage thyroïde. Avant que le toucher par la bouche m'eût fait reconnaître l'empâtement de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques, j'avais pu affirmer que l'aphonie dépendait d'une lésion de la charpente du larynx.

En vous parlant de cette malade, je ne m'éloigne pas du sujet de mon rapport, car un abcès s'étant formé au-devant du larynx, je ne fis pas cesser les accidents en donnant issue au pus, et voyant que l'empâtement et l'induration persistaient au niveau de l'os hyoïde et des cartilages thyroïde et cricoïde, prenant en considération le teint cachectique de la malade, j'en vins à soupçonner que la maladie pourrait bien dépendre d'une affection syphilitique ancienne, malgré les assertions de la malade, qui est intelligente, mais qui, ayant beaucoup voyagé, peut avoir beaucoup appris. Toujours est-il que le traitement par l'iodure de potassium m'a semblé avoir eu une heureuse influence sur la guérison de cette malade, qui pendant quelques jours nous avait causé les plus vives inquiétudes.

3° L'*auscultation* ne peut pas servir à reconnaître le point où se fait le bruit de cornage, s'il est vrai, comme le dit M. Empis, que le bruit maximum se fait toujours entendre vis-à-vis la bifurcation de la trachée, quel que soit le siége du rétrécissement. L'erreur dans laquelle M. Bœckel est tombé paraît confirmer cette opinion.

Mais, en revanche, l'auscultation est un moyen précieux de dia-

gnostic pour distinguer le siége d'un rétrécissement qui n'affecte qu'une des bronches. Ainsi, dans l'observation de M. Bœckel, les deux côtés de la poitrine résonnant à la percussion, et le murmure respiratoire n'étant perçu qu'à droite, on pouvait affirmer que la bronche gauche était rétrécie.

4° Enfin le laryngoscope, permettant de voir jusqu'au bas de la trachée, pourra servir à faire reconnaître un rétrécissement qui aurait son siége au-dessus de ce point.

Après avoir indiqué ces moyens de diagnostic, M. Bœckel ajoute que si la dyspnée se produit peu à peu au moment où les accidents visibles de la syphilis sont en voie de guérison, cette coïncidence permettra presque d'affirmer qu'il se fait un rétrécissement dans un point des voies respiratoires.

Je n'ai pas besoin d'insister sur ce qui est relatif au pronostic et au traitement. Gravité de la maladie, impossibilité de soustraire le malade à la mort quand le rétrécissement siége au-dessous de la trachée ; utilité de la bronchotomie quand c'est le larynx ou la partie supérieure de la trachée qui sont rétrécis, tout cela découle de la première partie du mémoire.

Si j'ajoute qu'après avoir parlé de la rareté de ce rétrécissement M. Bœckel cite quelques auteurs qui s'en sont occupés, vous reconnaîtrez, je l'espère, que notre confrère de Strasbourg, en nous envoyant le mémoire que je viens d'analyser, a contribué à éclairer un point de la pathologie encore peu étudié, et si vous prenez en considération qu'il est un des agrégés les plus laborieux et les plus intelligents de la Faculté de Strasbourg, vous n'hésiterez pas à le classer honorablement sur la liste des candidats pour les places de correspondants nationaux.

Je propose donc :

1° De renvoyer au comité de publication le mémoire de M. Bœckel.

2° D'admettre l'auteur sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

LECTURE.

M. HART lit un travail *sur le traitement des anévrysmes par la flexion du membre.* (Commissaires, MM. Broca, Verneuil, Bauchet.)

ÉLECTIONS.

Membre titulaire : 36 votants.

M. Guyon obtient 32 voix.
M. Lefort — 4 —

En conséquence, M. Guyon est proclamé membre titulaire de la Société.

CONSTITUTION DU BUREAU POUR 1864.

Président : 36 votants.

M. Richet a obtenu 33 voix.
M. Broca — 3 —

M. Richet est nommé président.

Vice-président : 35 votants.

M. Broca a obtenu 30 voix.
M. Forget — 2 —
MM. Demarquay, 1 voix ; Follin, 1 ; Richet, 1.

M. Broca est nommé vice-président.

Secrétaires. — MM. Trélat et Blot ayant obtenu la majorité des voix, sont nommés secrétaires.

MM. Houel et Verneuil sont maintenus par acclamation, l'un trésorier, l'autre archiviste de la Société.

Comité de publication. — M. Foucher, 16 voix ; M. Marjolin, 13 ; M. Follin, 12 ; M. Guérin, 9 ; M. Cullerier, 9.

En conséquence, MM. Foucher, Marjolin et Follin sont nommés membres du comité de publication.

La Société se forme en comité secret à cinq heures.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

NOTE SUR TROIS CAS D'ILÉUS

AYANT LEUR CAUSE MATÉRIELLE DANS DES HERNIES,

et qui ont nécessité l'opération de la kélotomie, bien que dans deux cas il n'y eût pas d'étranglement, et que cet accident n'existât qu'à un faible degré dans le troisième.

Par le docteur G. Goyrand (d'Aix).

Je parle ici un langage inusité, et c'est avec intention que j'évite de me servir, dans le titre de ce travail, du mot *engouement;* c'est que les faits que je vais rapporter sont exceptionnels, et diffèrent beaucoup de ceux qui servent de base aux doctrines de Goursaud, que je crois d'ailleurs mal fondées.

Voici les faits :

A. Obstruction de l'intestin hernié par des matières fécales solides.

1re Obs. — *Hernie scrotale non congénitale volumineuse chez un enfant de six mois; iléus ayant sa cause dans l'accumulation d'une grande quantité de matières fécales solides dans le côlon iliaque hernié; opération nécessitée par cet engouement.*

Le 20 août 1831, on me présenta, à l'hospice des Enfants trouvés d'Aix, un enfant de six mois, atteint d'une hernie scrotale, qui était irréductible depuis huit jours. A partir de cette époque, les selles s'étaient complétement supprimées, et il y avait eu de fréquents vomissements. Le scrotum était distendu par une tumeur ovoïde, très-dure, ayant sou pédicule à l'anneau inguinal gauche. Les deux testicules étaient distincts; dans le scrotum, le gauche était situé en arrière et au-dessous de la tumeur. L'abdomen était tendu, les traits étaient altérés, la ride naso-labiale était déprimée; l'enfant repoussait le sein, et avait des vomissements fréquents; je tentai la réduction à diverses reprises; le taxis paraissait occasionner de vives douleurs, et la tumeur ne cédait pas; cependant, le petit malade était très-amaigri, ses forces s'épuisaient, sa voix s'éteignait. Le docteur Arnaud, mon chef de service, pensa comme moi que l'opération était indispensable; je la pratiquai, avec son assistance, à quatre heures du soir. Je trouvai dans le sac tout le côlon iliaque, distendu par des matières stercorales très-dures. Du reste, l'intestin n'était ni enflammé, ni même

congestionné; il conservait sa couleur naturelle. La hernie n'était pas congénitale; il fallut débrider largement l'anneau, pour pouvoir repousser des parties de l'intestin restées dans l'abdomen les matières qui distendaient l'anse herniée, et que peu à peu je fis rentrer par la pression, en les faisant passer comme à la filière, à travers l'ouverture abdominale débridée. Quand l'anse intestinale eut été ainsi vidée des matières qu'elle contenait, il me fut facile de la replacer dans le ventre. Pendant l'opération, le petit malade poussa une selle; il rendit en quelques instants une grande quantité de matières stercorales très-consistantes. Après ces matières solides, vinrent des selles liquides très-abondantes. Après l'opération, il n'y eut plus de vomissements; mais des évacuations diarrhéiques excessives, que rien ne put arrêter, épuisèrent les forces du petit malade, et le firent périr en quarante-huit heures.

A l'autopsie, nous trouvâmes le péritoine parfaitement sain; le côlon iliaque, qui avait formé la hernie, aussi décoloré à sa surface que le reste du paquet intestinal; la muqueuse digestive était pâle; les intestins contenaient une grande quantité de liquide à peine coloré en jaune. Aucune lésion appréciable n'existait dans les organes qui avaient fourni cette sécrétion excessive.

Ce fait est curieux sous plusieurs rapports : d'abord, par l'âge du sujet (six mois); je le publiai, il y a plus de vingt-cinq ans, avec quelques faits de hernies étranglées, dans un recueil périodique qui n'eut que quelques mois d'existence (*la Presse Médicale.*) Il fut, plus tard, cité comme le seul fait incontestable d'engouement de l'intestin hernié qui eût été publié.

D'après les doctrines de Goursaud, l'engouement n'amènerait la nécessité de la kélotomie que lorsqu'il fait naître le véritable étranglement; or, ici, l'opération a été réclamée par l'engouement simple.

Si la hernie eût été formée par l'intestin grêle, l'état liquide des matières contenues dans cette partie du tube digestif eût préservé de l'accident; il en eût été de même si l'enfant eût été nourri comme doivent l'être les enfants de cet âge, car les matières stercorales n'auraient pas pris, dans ce cas, une pareille consistance; mais le pauvre enfant, élevé dans un hospice où les enfants étaient bien plus nombreux que les nourrices, prenait bien plus de bouillie que de lait de femme. Enfin, si le petit malade eût été soigné convenablement dès les premiers jours de l'accident, avant que les matières contenues dans l'S du côlon herniée se fussent desséchées et durcies, on serait parvenu, par le taxis et les laxatifs, à vider l'anse intestinale et à réduire; mais, au point où en étaient les choses quand nous avons été

appelés, le docteur Arnaud et moi, la réductiou sans incision était devenue impossible.

B. Engouement par des gaz intestinaux.

J'ai rencontré, dans ma pratique, deux faits appartenant à cette catégorie; voici quel en est le caractère général : Par suite d'un état morbide de l'appareil digestif, une grande quantité de gaz se dégage dans cet appareil. Le ventre se ballonne, et c'est ce météorisme, quelquefois énorme, qui fait que la hernie, surmontant la résistance du bandage, s'échappe de la cavité abdominale, et vient distendre le sac. Il peut arriver que plusieurs anses intestinales, successivement chassées du ventre par ce mécanisme, forment une très-grosse tumeur herniaire.

Cette cause d'accidents dans les hernies fut connue des anciens. Mouro, d'Édimbourg, en fit mention, et Covillard avait donné les signes distinctifs de cet état morbide dans le passage suivant, que Goursaud reproduisit dans son mémoire sur les différentes causes de l'étranglement daus les hernies (1).

« Or il arrive, quelquefois, que l'intestin s'enfle tellement qu'il » ne peut être repoussé, soit que les flatuosités le tiennent ainsi » bandé, soit que la matière fécale soit endurcie, et le remplisse » extraordinairement. On discerne ces flatuosités si le reste de l'abdo- » men en est tendu, si l'on en rend par la bouche, si l'on entend des » borborygmes et rugissements dans les intestins, et si cette douleur » tensive n'est accompagnée de pesanteur. »

Du temps de Covillard, la percussion n'était pas employée comme moyen de diagnostic.

Voici mes deux observations :

2e fait. — *Homme de quatre-vingts ans, hernie volumineuse, ballonnement très-considérable de la hernie et de l'abdomen; accidents d'iléus; opération le quatrième jour des accidents; réduction difficile; guérison.*

Cet homme était atteint, depuis trente ans, d'une hernie scrotale du côté gauche, qu'il contenait au moyen d'un bandage défectueux. De temps en temps, la hernie s'échappait, passant à côté de la pelote; le malade alors rentrait chez lui, prenait la position horizontale, réduisait lui-même sa hernie, et replaçait son bandage.

(1) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, tom. IV, p. 243 de l'édition in-4°.

Le 24 juin 1862, le vieillard étant à la campagne, sa hernie sort le matin, et ne peut plus rentrer. Le malade fait deux kilomètres à pied pour revenir à la ville, et ne pouvant réduire sa hernie, appelle M. le docteur Savournin, qui ne réussit pas non plus. Appelé en consultation le 26 au soir, je constate ce qui suit :

Hernie scrotale gauche, volumineuse, tendue, très-sonore à la percussion, peu douloureuse, même à la pression, si ce n'est vers son collet, qui est plus dur ; abdomen tendu par des gaz et très-sonore dans toute son étendue, constipation complète. Les premiers lavements ont entraîné quelques parcelles de matières fécales solides ; mais il n'a pas été rendu un seul gaz par l'anus, et il y a eu chaque jour un ou deux vomissements. Comme la hernie est peu douloureuse, nous pensons, mon confrère et moi, qu'on peut attendre encore, et nous donnons deux gouttes d'huile crotum en émulsion dans cent grammes de véhicule, à prendre par cuillerées, d'heure en heure, pendant la nuit. Cette potion détermine des vomissements fréquents et n'amène pas une selle. Le lendemain 27, la tension du ventre est encore augmentée, la hernie n'est pas plus douloureuse que la veille; le taxis est encore sans effet, l'opération est pratiquée par M. Savournin, à 8 heures du matin, 72 heures après le début des accidents.

A cause du grand volume de la hernie, nous désirerions que l'étranglement pût être débridé en dehors du sac, et que la hernie fût réduite sans que cette poche fût ouverte. On incise la peau; arrivé sur le collet du sac, l'opérateur divise sur son doigt quelques faisceaux de l'anneau du muscle grand oblique; des pressions exercées alors sur la hernie font rentrer quelques gaz; mais l'intestin ne rentre pas. Le sac a dû être incisé. La hernie est formée d'une anse de gros intestin — c'est le côlon iliaque — et d'une portion du grand épiploon. Les organes herniés ne sont nullement altérés, pas même congestionnés. L'intestin est fortement distendu par des gaz, mais ne contient aucune matière stercorale solide. La réduction est difficile, à cause de la tension du ventre. A mesure que l'un des bouts de l'anse est réduit, une nouvelle portion d'intestin sort par l'autre bout; cependant on parvient à réduire l'intestin d'abord, puis l'épiploon. Pendant la réduction du premier, un gaz sort avec bruit par l'anus. On tamponne la plaie sur le plein d'une compresse et on soutient le tampon par le bandage en spica.

Pendant l'opération, le pouls, qui jusqu'alors était normal, s'accélère, le facies prend un aspect souffrant; dans la journée, il y a plusieurs selles. Le soir, le malade se trouve assez bien, il ne souffre pas; cependant, le pouls est fébrile, le ventre est encore tendu.

J'assiste au pansement le 1er juillet, cinquième jour après l'opéra-

tion, l'état général est bon, le ventre est bien libre, sans douleur, il est cependant encore un peu ballouné.

Le malade a guéri sans accident.

Si nous eussions eu affaire à un sujet moins avancé en âge, nous nous serions moins hâtés d'opérer, mais un octogénaire n'aurait pas pu supporter plus longtemps une abstinence complète.

Autre fait, dans lequel nous voyons encore la tympanite déterminer la sortie et l'irréductibilité d'une grande masse d'intestin :

3e Obs. — *Grande hernie scrotale du côté droit; ballonnement excessif du ventre et de la hernie; accidents d'iléus très-graves. La kélotomie fait cesser ces derniers accidents, mais le malade succombe aux suites de la lésion vitale de l'intestin qui a produit la tympanite; il est emporté, six jours après l'opération, par un dévoiement que rien ne peut modérer.*

L..., cultivateur de la commune de Rousset, âgé de 60 ans, est affecté d'une double hernie scrotale. Celle du côté droit, très-volumineuse, était mal contenue; la gauche, bien moins grosse, avait toujours été négligée.

Le 10 juin 1843, cet homme se trouvait à plus d'une lieue de sa résidence, quand la hernie du côté droit sortit; il se coucha sur le sol, et chercha à la réduire, mais ne put y parvenir; il revint chez lui à pied et à grand'peine; le médecin ne fut mandé que le 12, et n'ayant pu réduire, me fit appeler le 13.

Arrivé à la fin de la matinée, je trouve le scrotum du volume de la tête d'un enfant de trois mois, distendu à ce point par une hernie inguinale droite. La verge a disparu dans la tumeur, on ne voit que l'extrémité du prépuce, qui forme au côté interne antérieur de la tumeur une légère saillie. Le testicule droit se distingue derrière la hernie. La tumeur n'est pas très-douloureuse à la pression; elle l'est cependant un peu vers le pénis, et dans ce point, on sent, en pressant un peu fort avec le doigt, un déplacement de gaz ressemblant à une crépitation, et que fait naître l'idée d'un emphysème profond et circonscrit. Le tissu cellulaire sous-cutané est sain, et n'est ni phlegmoneux ni emphysémateux. La tumeur scrotale est très-sonore à la percussion, si ce n'est à sa partie inférieure où elle présente une ondulation manifeste.

A gauche, existe une petite hernie qui n'a jamais été contenue, et qui entre et sort librement. Il n'y a pas de douleur péritonéale, mais de violentes coliques; le ventre est énormément ballonné dans toute son étendue. Il y a des vomissements presque continus d'une bouillie fécaloïde jaune verdâtre, une soif ardente, une constipation opiniâtre.

Il existe un peu de délire, le pouls est à 150, faible, très-irrégulier, intermittent; l'état général est, comme on voit, très-peu encourageant. Cependant, je ne vois de salut que dans la kélotomie, et je pratique cette opération, assisté de MM. Amalbert, père et fils, médecins du malade.

Je fais sur le grand axe de la tumeur une incision qui, commencée un peu au-dessus de l'anneau, ne s'étend pas au-dessous du tiers moyen de la tumeur. J'ouvre le sac dans un point où il est en contact avec l'intestin; je prolonge en bas l'incision de cette enveloppe, et il s'écoule de sa partie inférieure une grande quantité de sérosité. La hernie ne contient point d'épiploon, elle est formée par trois grandes anses intestinales, fortement distendues par des gaz, placées l'une à côté de l'autre. L'interne, celle qui touche au pénis, est d'un brun foncé, mais sans altération grave; la moyenne, formée comme la première par l'intestin grêle, est comme elle très-grande, présente une légère teinte brune, et paraît être dans le sac depuis moins longtemps que la première; l'externe enfin, formée par le côlon iliaque, est un peu moins longue que les deux autres, très-tendue par des gaz, et ne présente aucune altération, pas la moindre coloration indiquant une gêne dans la circulation veineuse. Le doigt pénètre sans difficulté dans l'ouverture abdominale, entre le pourtour de cette ouverture et les anses intestinales déplacées; cependant, le volume des parties à réduire est si grand, qu'un débridement est indispensable; je le dirige en haut et en dehors. La résistance de l'anneau cède brusquement sous le bistouri, et l'ouverture est largement dilatée.

La réduction est difficile, à cause de la tension des anses intestinales herniées et du ballonnement du ventre. Je réduis d'abord l'anse interne, puis la moyenne, enfin l'externe. Pendant ce temps de l'opération, le malade a une syncope, accompagnée de quelques mouvements convulsifs. Les intestins ont de la tendance à ressortir, je les contiens par un tamponnement que j'exerce au moyen d'une pyramide de compresses fixée par une longue bande.

Je quitte le malade une heure après l'opération; le pouls est alors moins fréquent, moins irrégulier, plus fort, il n'y a plus eu de vomissements.

Le lendemain de l'opération, le malade est pris d'une diarrhée excessive; il a jusqu'à quarante selles dans les vingt-quatre heures. Rien ne peut arrêter ce cours de ventre, et L... succombe le 19, sixième jour après l'opération. On n'a pas pu faire l'autopsie.

La cause de l'iléus était complexe dans ce cas. Les deux anses d'intestin grêle contenues dans la hernie avaient subi un premier degré d'étranglement, leur teinte brune, la sérosité épanchée en grande

quantité dans le sac, ne laissent pas de doute à cet égard; quant à l'S du côlon, elle n'était nullement étranglée, mais il existait une autre cause d'iléus, c'était la compression excessive que les intestins déplacés subissaient dans le sac.

Je ne saurais dire si l'anse intestinale interne, celle qui présentait la coloration brune la plus foncée, s'était échappée du ventre avant le développement de la tympanite; mais ce qu'on peut affirmer, c'est que les trois anses sont sorties successivement, et que c'est l'extrême tension du ventre qui a déterminé la sortie des deux dernières.

Que pouvait-on faire ici? la réduction des anses intestinales herniées n'était certes pas un remède d'un effet sûr contre la lésion vitale qui a déterminé la tympanite, mais la kélotomie a fait disparaître une complication bien grave, l'iléus, qui sans l'opération aurait entraîné la mort peu d'heures après le moment où je suis arrivé chez le malade.

On a vu, du reste, comment la guérison de l'iléus par la kélotomie a donné le temps au vieillard dont l'histoire précède cette dernière observation de guérir de la lésion vitale concomitante de l'appareil digestif.

Ces trois faits sont bien des cas d'engouement si l'on veut, mais des cas tout particuliers qui diffèrent beaucoup de l'engouement, tel que le comprenait l'Académie royale de chirurgie, et qui serait, suivant Goursaud, la cause la plus fréquente de l'étranglement, et n'aurait de gravité que par l'étranglement qu'il détermine.

Je résume en une phrase la signification des trois faits rapportés dans ce travail :

La distension de l'intestin hernié par des gaz qui distendent en même temps la partie intra-abdominale du tube digestif, et, plus exceptionnellement, l'accumulation des matières stercorales solides dans une portion du tube digestif faisant hernie, peuvent, même sans qu'il y ait étranglement, donner naissance à un iléus, dont on ne pourra conjurer les dangers que par l'opération de la kélotomie.

TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES DES EXTRÉMITÉS

au moyen de la flexion forcée.

Par M. le docteur Ernest Hart, chirurgien de l'hôpital Sainte-Marie, à Londres.

(Note lue à la Société de chirurgie, dans la séance du 9 décembre 1863.)

Je me propose de vous adresser quelques mots sur le traitement des anévrysmes chirurgicaux des extrémités par la flexion, méthode de traitement que j'ai introduite en Angleterre, et qui a donné entre mes mains et entre celles de mes collègues d'assez bons résultats pour nous permettre d'espérer qu'elle pourra désormais prendre rang parmi les traitements efficaces de cette maladie.

Je prie la Société de m'accorder toute son indulgence, car je suis étranger, et je viens pour la première fois à Paris.

Vers la fin d'août 1850, un individu se présenta devant moi portant un anévrysme poplité. En fléchissant fortement le genou pour mieux examiner quelques détails, je m'aperçus que les pulsations de la tumeur diminuaient et qu'on pouvait même arriver à les faire cesser. Ce fait fut constaté par mon collègue M. Shilleto, avec qui je me trouvais en consultation. Et, comme je reçus le malade dans mon service, plusieurs de mes autres collègues furent à même de le constater de nouveau. Je leur proposai de l'essayer, comme nouvelle base de traitement.

Je ne cherchai pas à arrêter complétement la circulation, mais à la ralentir suffisamment pour permettre aux dépôts fibrineux de se former graduellement jusqu'à la solidification de la tumeur, mode de guérison que nous regardons comme le plus sûr, le plus durable, et qui a été si bien étudié par M. Broca.

Ce traitement eut un plein succès. Au bout de quatre jours, la tumeur était déjà solide, et dès lors elle marcha sans entraves vers la résolution.

Peu de temps après, M. Shaw, chirurgien en chef de l'hôpital de Middlesex, employa le même traitement dans un cas d'anévrysme poplité ; le résultat fut tout aussi satisfaisant, quoique le traitement eût duré plus longtemps.

A l'heure présente, nous comptons douze cas de succès. Dans la plupart des cas, la tumeur siégeait à la région poplitée. Dans tous, il s'agissait d'un anévrysme des extrémités. En effet, ce n'est que dans

ces parties que ce traitement trouve son application. Car c'est seulement ici que la loi générale qui régit la position des grandes artères permet son application. Or les anévrysmes des extrémités siégent ordinairement sur quelques-unes des grandes artères de transmission, beaucoup plus rarement sur les artères de distribution. Les artères de transmission semblent obéir à une loi bien définie, c'est-à-dire que dans les membres elles se placent toujours sur le côté de la flexion. Dans le membre supérieur, où la flexion se fait toujours en avant, l'artère continue sa marche sur la face antérieure; mais dans le membre inférieur, où une disposition contraire existe, l'artère tourne autour de l'os pour se placer dans le pli de la jointure. Ainsi, dans ces diverses jointures, la flexion doit avoir sur les artères des effets semblables.

Qu'on me permette de dire quelques mots sur ces effets au point de vue physiologique. La flexion soutenue du bras ou de la jambe, dans l'état de santé, produit un ralentissement considérable du courant sanguin et l'affaiblissement du pouls. Pour bien étudier le mécanisme de ces phénomènes, il faut indiquer les lois physiques qui s'y rattachent. Les deux principales causes qui tendent à ralentir le courant d'un fluide dans un tube sont la diminution de la pente et l'augmentation du frottement. Le frottement se trouve toujours augmenté au point où le tube présente une courbure, et plus cette courbure sera prononcée, plus le frottement sera considérable. Voilà ce qui se passe dans un tube rigide. Mais dans le cas d'un tube flexible, il s'ajoute au point de flexion une autre cause de ralentissement; car le cercle étant de toutes les figures celle qui contient la plus grande surface dans le plus petit périmètre, la substitution à cette figure d'une ellipse plus ou moins aplatie (cas d'une artère qu'on fléchit au niveau d'une jointure) doit diminuer proportionnellement la surface de circulation du fluide et en ralentir le courant.

Mais il y a une condition particulière des artères au niveau des jointures qui nous offre un intérêt spécial, et qui influe beaucoup sur le résultat de ce traitement. Une série d'expériences m'a démontré que les artères du corps sont dans un état de tension qui les maintient dans la position de tubes circulaires ouverts. J'ai pu démontrer cette tension de la manière suivante :

Si on dissèque une artère et qu'on la mesure sur place; si ensuite on coupe la partie mesurée et qu'on la détache du corps, et qu'on la mesure encore *dans le relâchement;* si enfin on l'étend à ses dernières limites, on obtiendra trois mesures qui seront pour les principales artères (en pouces anglais) :

	Relachées.	Etat naturel.	Etendues.
Carotide primitive. . .	1	1 2/10	1 3/10
Fémorale, au milieu do la cuisse.	0 6/10	1	1 1/10
Aorte abdominale. . .	1 7/10	2	2 1/10
Mammaire interne. . .	1 1/10	1 4/10	1 6/10

Or si, dans la plupart des parties du corps, comme, par exemple, dans le milieu des membres, on coupe une artère, on cherchera en vain à trouver une position telle que les deux bouts puissent se toucher ; mais si, au contraire, l'artère coupée est la brachiale ou la poplitée, en face de leur articulation, alors une flexion forcée ramènera facilement les deux bouts en contact.

En dehors des causes physiques que je viens de signaler, il est encore possible que l'augmentation du volume des muscles, due à leur contraction pendant la flexion, puisse exercer quelque pression sur l'artère ; mais je n'ai pu constater cette action des muscles, et, quand même elle existerait, je doute beaucoup qu'elle soit très-avantageuse.

Pour ne pas abuser de la bienveillance de la Société, je ne donnerai que l'énumération des 12 cas de guérison. Deux ont été traités par moi à l'hôpital Sainte-Marie ; les dix autres ont été rapportés par M. Shaw, chirurgien de l'hôpital de Middlesex ; M. Spence, chirurgien de l'infirmerie d'Edimbourg ; M. Pemberton, du General Hospital de Birmingham ; M. Craven, chirurgien à Hull ; M. Leith Adam, chirurgien du 10e régiment de l'armée anglaise ; M. W. Colles, chirurgien de Steven's Hospital à Dublin ; M. Richard, chirurgien de l'infirmerie de Bristol ; M. X..., chirurgien de l'armée anglaise en Chine ; M. Durham, chirurgien de Guy's Hospital ; M. Johnson, chirurgien de l'hôpital Saint-George.

Plusieurs de ces cas ont présenté des circonstances intéressantes. Je ne citerai que celui de M. Spence, le collègue distingué de M. Syme. Ce fut un cas d'anévrysme poplité pour lequel il avait lié l'artère fémorale un an auparavant. Dix mois après cette opération, la tumeur récidiva et le malade entra à l'hôpital. La tumeur présentait alors des battements très-forts qui tendaient toujours à augmenter. La compression fut appliquée pendant cinq mois, mais sans aucun effet favorable. On était indécis si on pratiquerait la ligature de l'artère près du sac ou celle de l'iliaque externe, lorsqu'on se décida à tenter la flexion graduelle. Ce traitement réussit parfaitement. Ce malade exerce aujourd'hui un métier pénible sans que la tumeur présente aucune tendance à récidiver.

C'est là le cas le plus brillant. Mais il y en a d'autres où la flexion a réussi quand la compression a échoué.

En terminant le compte rendu de ses cas, M. Spence dit : « D'après mon expérience de cette méthode, j'ai de grandes espérances relativement à son succès comme méthode de guérison. Je la crois beaucoup plus simple et plus efficace que toute méthode de compression que j'aie employée. Elle n'offre point de danger et n'apporte aucun obstacle, mais aide plutôt au succès de la ligature dans le cas où il serait nécessaire d'en arriver là. »

Quoique je sois heureux de citer un éloge si flatteur sur ce moyen de traitement, je n'ose émettre en sa faveur de si hautes prétentions. — C'est une méthode facile qui ne demande pas d'aides et qui a donné de bons résultats. Mais ce n'est pas une méthode universelle ou même générale. — Pour moi, la méthode universelle est la compression digitale. Mais croyant avoir trouvé dans la flexion une méthode qui n'est ni sans intérêt ni sans utilité, je me suis permis d'entrer dans ces détails.

Je dois ajouter que je ne me présente pas comme l'inventeur de cette méthode, quoique, au moment où j'ai commencé l'étude de cette question, j'ignorasse complétement que des tentatives semblables avaient déjà été faites ; c'était alors pour moi comme pour mes collègues de l'hôpital Sainte-Marie, ainsi que pour M. Shaw, une idée tout à fait nouvelle. J'ai trouvé dernièrement des faits qui donnent la priorité à M. Lenoir, chirurgien des hôpitaux de Paris, dont le nom est bien connu et fort estimé en Angleterre, et duquel, Messieurs, vous êtes mieux à même que moi d'apprécier le talent.

Cette tentative n'a pas réussi, et il paraît que l'idée est restée infructueuse. Chez nous, M. Fergusson, chirurgien de « King's College Hospital », a annoncé, à la suite de la lecture de mes cas à la Société médico-chirurgicale de Londres, qu'il avait, lui aussi, essayé la flexion du genou dans un cas d'anévrysme poplité, il y a quelques années ; mais que le traitement n'ayant pas réussi, il l'avait abandonné.

M. X..., de Genève, m'a aussi envoyé les détails très-intéressants d'un cas qu'il a guéri par la flexion et dont il a paru un rapport dans un journal suisse, *l'Echo médical*, juste au moment où je faisais mon premier essai.

La flexion a été employée par un grand nombre de chirurgiens dans les plaies des artères.

La tentative de M. Lenoir n'a pas eu de suite et est restée dans l'oubli ; mais puisque, en retrouvant cette méthode, j'ai eu la satisfaction de la voir couronnée de tant de succès chez nous, je me sens heureux d'avoir, quoique à l'improviste, l'occasion de rendre hommage à la chirurgie française, tout en vous rendant compte de mes modestes études sur ce sujet.

RECHERCHES SUR LA LIGATURE DE LA CAROTIDE EXTERNE,

PAR M. LE DOCTEUR GUYON.

Rapport lu à la Société de chirurgie dans la séance du 2 décembre 1863,

par M. Dolbeau.

Messieurs,

Notre confrère le docteur Félix Guyon, candidat à la place de membre titulaire, a lu devant la Société de chirurgie un mémoire intéressant ayant pour titre : *Recherches sur la ligature de la carotide externe*. Vous m'avez chargé de vous rendre compte de cet important travail, et je viens aujourd'hui m'acquitter de ma mission.

Pour que la ligature d'une artère volumineuse puisse être pratiquée avec succès, il faut que le vaisseau soit accessible aux instruments et que le fil puisse étreindre l'artère dans un point suffisamment éloigné des collatérales, pour qu'on soit à l'abri de l'hémorrhagie consécutive. La carotide externe par sa situation superficielle rentre bien dans la catégorie des artères qu'on peut facilement découvrir, mais la présence d'un grand nombre de collatérales semblerait devoir éloigner les chirurgiens de l'idée d'interrompre le cours du sang dans un vaisseau où la circulation peut se rétablir aussi aisément. Néanmoins, en compulsant les annales de la chirurgie française et étrangère, on arrive à réunir une trentaine d'observations de ligatures de la carotide. M. Guyon a pensé, et avec raison, que ce nombre d'observations suffirait pour juger cette ligature et en particulier pour déterminer quelle était la fréquence de l'hémorrhagie secondaire, véritable critérium de toutes les légatures artérielles.

Si l'on en croyait la plupart des auteurs de médecine opératoire, la ligature de la carotide externe serait une opération assez simple. Quelques chirurgiens cependant, parmi lesquels je citerai Bérard, considéraient comme une chose incertaine que de rechercher sur le vivant la branche externe de la carotide primitive.

M. Guyon paraît également envisager l'opération comme assez délicate, c'est pourquoi il s'est attaché à déterminer dans le travail qu'il soumet à l'approbation de la Société de chirurgie, quelle est la longueur du tronc carotidien externe, quels sont les rapports de ce vaisseau, et enfin quels doivent être les points de repère qui pourront guider le chirurgien lorsqu'il procédera à la ligature.

Lorsque la carotide externe succède au tronc primitif, elle donne naissance presque immédiatement à la thyroïdienne supérieure, puis après un trajet variable, on voit surgir la linguale, la faciale et la pharyngienne. L'intervalle qui sépare la première branche du bouquet des collatérales, constitue le tronc carotidien proprement dit, c'est-à-dire la portion de la carotide externe sur laquelle on peut placer une ligature. La longueur du tronc carotidien, suivant les recherches de M. Guyon, serait variable ; sur trente-deux observations notre confrère a noté que la distance qui sépare la bifurcation de la carotide primitive du point d'origine de l'artère linguale, variait entre 12 et 18 millimètres ; ce qu'il exprime en disant que le tronc carotidien a en moyenne 1 centimètre et plus. Il est bon de faire remarquer que ces dispositions sont essentiellement incertaines, puisque la thyroïdienne naît quelquefois très-haut, tandis que le bouquet des collatérales supérieures peut descendre au voisinage de la bifurcation, en un mot puisque le tronc carotidien peut manquer à peu près complétement.

D'après ce qui précède, la ligature de la carotide externe serait théoriquement une mauvaise opération, puisqu'elle exposerait à l'hémorrhagie consécutive. Tel n'est cependant pas le résultat fourni par l'observation clinique ; en effet, sur vingt-quatre cas de ligatures on n'a observé qu'une seule fois l'hémorrhagie en retour. C'est là, Messieurs, un fait à la fois curieux et important qui ressort des recherches de M. Guyon.

Les résultats heureux de la ligature ont conduit M. Guyon à s'occuper du manuel opératoire, et, sans aborder le chapitre des indications, notre confrère a voulu régulariser la recherche du tronc carotidien. On parle peu dans nos livres classiques de la ligature des carotides secondaires, il semble qu'il suffise de prolonger l'incision en haut pour trouver la branche externe. Mais comment déterminer sans plus de renseignements le point précis de la ligature, c'est là une chose assez difficile. Le fil, dit M. Guyon, doit être placé à peu près à égale distance de la bifurcation de la carotide et de l'artère linguale, ou du tronc commun de la linguale et de la faciale; or, ce siége anatomique de la ligature se trouve bien indiqué par le rapport de la carotide externe avec le nerf grand hypoglosse. On peut décomposer l'anse de l'hypoglosse en trois lignes qui correspondent à la direction générale de ce nerf ; l'une de ces directions est oblique en bas, l'autre est transversale, la troisième est oblique en haut. Vous savez tous, Messieurs, combien cette dernière portion de l'hypoglosse a de valeur comme point de repère lorsqu'il s'agit d'aller à la recherche de l'artère linguale. M. Guyon propose de considérer désormais la portion transversale de l'hypoglosse comme le meilleur guide qui puisse nous conduire jusque sur le tronc

carotidien ; non-seulement le cordon nerveux coupe perpendiculairement la direction de la carotide externe, mais il croise le vaisseau dans un point qui correspond le plus ordinairement à la naissance de l'artère linguale. Il suffirait donc de jeter un fil à 5 ou 6 millimètres au-dessous de l'hypoglosse pour lier le tronc carotidien, à peu près certainement dans le milieu de son étendue, c'est-à-dire dans le point le plus favorable à l'hémostasie.

Il est encore quelques particularités relatives à l'anatomie topographique de la région, et qui ont été bien indiquées dans le travail de M. Guyon ; je désire fixer votre attention sur ces divers points. Lorsqu'on procède à la ligature de la carotide externe, il faut faire l'incision, non plus dans le direction du muscle sterno-mastoïdien, mais bien suivant une ligne qui irait rejoindre l'angle de la mâchoire. Aussitôt que l'aponévrose est incisée, on rencontre plusieurs ganglions lymphatiques qui ont été notés par tous les anatomistes ; ces organes mettent obstacle à la recherche de la carotide, aussi propose-t-on de les refouler ou de les extirper. C'est cette dernière pratique que M. Guyon repousse en se fondant sur les adhérences très-intimes de ces ganglions avec les veines faciales, qui se rendent obliquement dans la jugulaire interne ; il croit l'extirpation difficile, aussi conseille-t-il d'inciser franchement les ganglions.

Les veines qui croisent obliquement la carotide externe sont constituées par le tronc des faciales et par une anastomose entre la jugulaire antérieure et la jugulaire interne. La direction de ces vaisseaux est oblique en bas et en dehors, de sorte qu'il est beaucoup plus facile de refouler en haut ces branches veineuses que de les reporter en bas. Nous verrons plus tard que cette disposition offre peut-être une certaine importance.

Lorsque les veines ont été écartées, l'hypoglosse apparaît dans l'angle supérieur de la plaie, puis immédiatement au-dessous se trouve la carotide externe ; immédiatement en arrière du tronc artériel, on rencontre, d'après la remarque de M. Guyon, le nerf laryngé supérieur. Il faudra donc dénuder le vaisseau avec soin, dans la crainte de comprendre dans la ligature le filet nerveux qui se trouve dans un rapport aussi immédiat.

En résumé, il résulte, des recherches de M. Guyon, que le nerf grand hypoglosse est un point de repère pour la ligature de la carotide externe, et que le rapport qui existe entre le nerf et l'artère permet, le plus ordinairement, de donner à la ligature une très-grande précision quant au siége anatomique de la striction. Vous remarquerez sans doute, Messieurs, que, suivant l'indication de M. Guyon, on procède de haut en bas pour aller à la recherche du tronc carotidien ; or, plus

la carotide externe s'approche de l'angle de la mâchoire, plus elle devient profonde et plus ses rapports sont complexes. C'est, suivant votre rapporteur, une première objection qu'on peut adresser au procédé de M. Guyon. Je crois, pour ma part, qu'en agissant ainsi que le propose notre confrère, on s'exposera à ouvrir les veines, ce qui complique toujours une opération aussi délicate que la ligature d'une artère; enfin, et c'est le point capital, on ne donne pas plus de précision à la ligature en procédant du haut en bas. On trouvera bien, dans la majorité des cas, l'artère linguale, mais on ne connaîtra qu'approximativement la longueur du tronc carotidien et la hauteur à laquelle prend naissance la thyroïdienne supérieure; sans compter que dans les cas d'origine prématurée du bouquet des collatérales, on s'exposerait à chercher longtemps la linguale à son origine, si l'on prenait pour guide le nerf grand hypoglosse. Suivant nous, il vaut mieux, dans la ligature de la carotide externe, mettre à nu la bifurcation, puis, chercher la thyroïdienne, la lier et la couper ainsi que l'ont fait MM. Sédillot et Maisonneuve; on est alors certain d'avoir sous les yeux la carotide externe, et en liant à 1 centimètre de la bifurcation, on place la ligature dans des conditions favorables. En procédant ainsi, l'artère linguale ne sera pas découverte, puisque le plus souvent elle naît à 15, 16 et 18 millimètres au-dessous de la bifurcation. Dans les cas d'origine prématurée le fait serait facile à constater, ce qui n'existe pas en procédant comme l'indique M. Guyon. Je crois qu'en disséquant de bas en haut, c'est-à-dire de la bifurcation vers les branches, on peut plus facilement éloigner les veines qui croisent l'artère carotide externe, sans être obligé de les couper. Jusqu'ici l'artère carotide a été liée d'après le procédé ancien, et quoique ces opérations n'aient pas présenté toute la précision nécessaire, il faut reconnaître que le fil a été généralement bien placé, puisque l'hémorrhagie secondaire n'a été observée qu'une seule fois. Je ne veux pas aborder ici l'opportunité de de la ligature préalable lorsqu'il s'agit d'extirper les tumeurs parotidiennes, mais, dans ces cas, la recherche du vaisseau serait rendue tellement difficile par suite de la tuméfaction de la région, que la ligature deviendrait presque impossible, si l'on voulait découvrir la carotide externe en procédant de haut en bas. C'est là une nouvelle objection qu'on peut opposer au procédé nouveau.

Malgré ces critiques, le travail de M. Guyon n'en sera pas moins utile aux chirurgiens : notre confrère a perfectionné l'étude de la région, il nous démontre quelle est la longueur approximative du tronc carotidien, il insiste surtout sur le rapport très-important et presque mathématique de l'anse de l'hypoglosse avec l'artère carotide externe. Si cette dernière circonstance n'est pas de nature à faire adopter défi-

nitivement le procédé de M. Guyon, cette notion anatomique n'en constitue pas moins un guide précieux dans les opérations chirurgicales qui portent sur la région, et en particulier toutes les fois qu'en procédant à la ligature de la carotide externe, le chirurgien rencontrera le nerf grand hypoglosse, il devra chercher immédiatement au-dessous, et charger l'artère, certain qu'il sera que c'est bien la branche externe de la carotide primitive.

J'ai fini, mais en terminant permettez-moi de vous rappeler que la place de M. Guyon est au milieu de nous, et qu'il n'attend plus de vous que la sanction de ses travaux. Je vous propose d'adresser une lettre de remercîments à M. le docteur Guyon, et je vous demande de voter l'insertion de son mémoire dans les bulletins de notre Société.

COMPTE RENDU

DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

PENDANT L'ANNÉE 1863

Par M. JARJAVAY,

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Messieurs,

Un usage établi dans toutes les sociétés savantes consiste, à la fin de chaque année, à présenter un tableau succinct des travaux dont elles se sont occupées. C'est une œuvre qui est loin d'être ingrate et stérile. Elle permet de mettre en relief les acquisitions de la science, quelquefois perdues au milieu de longs détails; elle montre les tendances d'une société ou du moment actuel; en même temps que les mérites, elle dévoile les imperfections, les écueils qui, pour être évités, n'ont cependant besoin que d'être connus.

De toutes les sociétés savantes, la Société de chirurgie est une de celles qui cultivent la science avec le plus de ferveur. Des questions

importantes y sont soulevées, des faits curieux rapportés par les membres titulaires; des communications intéressantes lui sont adressées, non-seulement par ses correspondants, mais encore par ceux qui ont l légitime ambition de le devenir. Les fabrications nouvelles d'instruments de toute sorte y sont accueillies avec des égards qni expliquent l'empressement de leurs auteurs. Avec de pareils éléments de succès il n'est pas étonnant que la Société de chirurgie occupe un rang élevé dans l'opinion. Encore un peu de temps, et avec plus de zèle de la part de ceux qu'a muris l'expérience, un peu moins d'ardeur de la part de ceux qui sont au début de la pratique, et notre Société n'aura à redouter aucun parallèle.

L'ensemble des faits qui se sont déroulés devant vous expliquera, Messieurs, les considérations que je viens de vous exposer. Nous suivrons ces faits *a capite ad calcem*.

Une tumeur de la racine du nez chez un enfant, tumeur pédiculée, irréductible, à parois épaisses et denses, sans perforation sensible des os, sans pulsations, vous a été présentée comme un exemple de la difficulté du diagnostic des tumeurs congénitales du crâne. Un blessé du Mexique vous a démontré l'avantage de l'application des bandelettes agglutinatives pour maintenir les lambeaux des larges plaies des téguments de cette région, à l'exclusion des sutures que quelques-uns ont encore trop de tendance à employer, mais dont l'usage a été généralement réprouvé dans cette enceinte.

Combien n'avons-nous pas de méthodes et de procédés pour guérir, ou mieux, pour combattre l'ectropion cicatriciel! cette richesse de la médecine opératoire prouve suffisamment que, si l'on réussit quelquefois, on échoue bien plus fréquemment. Un malade vous a été présenté après un premier insuccès, malgré l'opération de Warthon Jones, pratiquée par Lenoir, avec la menace d'un second, qu'a signalé M. Dolbeau, malgré le procédé de M. Guérin, qu'il avait suivi.

Il en est des maladies du sac lacrymo-nasal comme de celles des paupières. La Société se rappelle le travail que lui avait apporté M. Reybard, quelques jours avant de mourir; il s'agissait de considérations théoriques et pratiques sur la tumeur et la fistule lacrymale. Vous avez vu un nouvel emporte-pièce qu'il avait imaginé pour trépaner l'os unguis dans le cas de gonflement hypertrophique de la membrane muqueuse; vous avez entendu l'éloge des cathérétiques qu'il préconisait dans ceux où il y avait simplement obstruction par des mucosités.

Beaucoup d'opérations n'ont, on le sait, de résultats positifs qu'après un temps assez long. Aussi la Société s'est-elle élevée à juste titre contre des présentations prématurées de malades dont l'un avait été

récemment opéré du strabisme, l'autre de l'iridésis à l'effet d'obvier aux effets fâcheux d'une luxation congénitale du cristallin contre la vision. Signalons cependant un instrument ingénieux que M. Meyer a imaginé dans le but de mesurer l'étendue de la déviation du globe de l'œil dans le strabisme. Cette précipitation à présenter des malades nouvellement opérés s'est renouvelée plusieurs fois; des observations ont été données avec la suite en perspective. Pourquoi donc tant de précipitation? N'est-il pas plus sage d'attendre les résultats définitifs pour donner un fait qui du moins ait de la valeur? Rappelez-vous le vif intérêt avec lequel nous avons constaté la guérison persistante depuis deux ans d'un glaucome chronique chez une femme opérée par M. Follin au moyen de l'iridectomie. Tel est, Messieurs, tout le contingent de cette année en fait d'ophthalmologie. Avant de passer outre, je ne puis m'empêcher d'exprimer un regret, c'est qu'il ne soit pas plus abondant. Il ne serait cependant pas sans à-propos que les chirurgiens des hôpitaux de Paris prouvassent par des faits qu'ils ne sont pas en réalité étrangers à l'oculistique, ne serait-ce que pour répondre aux prétentions du spécialisme.

Depuis plusieurs années la Société de chirurgie s'est occupée des polypes naso-pharyngiens; on dirait qu'elle a pris à tâche d'en résoudre définitivement la thérapeutique. Si elle n'a pas jusqu'à présent atteint le but complétement, elle en a du moins approché de bien près. Je trouve d'abord une observation qui, commencée en 1857, finit à la date du 16 février 1863, et dans laquelle on voit que l'extirpation d'un polype fibreux de la base du crâne, pratiquée après résection préalable du maxillaire supérieur, fut suivie d'une récidive au bout de cinq mois; nouvelle extirpation, hémorrhagie foudroyante qu'arrêtent douze cautères rougis à blanc; nouvelle récidive. C'est alors que M. François se décida à employer le caustique Filhos. Vingt à trente cautérisations, de la fin de 1858 au commencement d'avril 1860, et le 16 février 1863 la guérison paraît complète. Voilà, Messieurs, une observation utile, parce qu'elle est complète; que dire de celle qui a été communiquée plus tard à la Société par M. Piachaud, de Genève, sur le même sujet? Ce chirurgien a pratiqué l'extirpation du maxillaire supérieur droit pour extraire un polype naso-pharyngien... Il tiendra la Société au courant de cette observation. De la discussion qui a suivi, il résulte que la résection du maxillaire supérieur pour l'extraction des polypes volumineux est très-louable, et que la cautérisation galvanique permet d'atteindre profondément la racine du mal, et peut prévenir des récidives. C'est à l'examen approfondi de cette question qu'est dû l'empressement des praticiens à nous adresser les cas qu'ils observent. Ainsi, M. Fleury, de Clermont, vous a donné l'histoire d'un jeune homme de

vingt ans emporté par un érysipèle, atteint d'un polype fongueux qui s'étendait à l'arrière-gorge, à la narine droite, pénétrait dans la cavité orbitaire, dans le sinus sphénoïdal et perforait la base du crâne après avoir détruit le corps du sphénoïde.

L'examen plus fréquent, plus approfondi de l'arrière-gorge, depuis l'emploi du laryngoscope, a permis de constater l'existence de deux végétations polypeuses molles, d'un rouge bleuâtre, presque diaphanes, de la grosseur d'un petit pois, pédonculées et siégeant l'une sur la partie latérale droite de la luette, l'autre sur l'arcade droite du voile du palais. Elles ont été excisées d'un coup de ciseau, et leur point d'implantation a été cautérisé avec l'acide chromique. Deux malades ont été ainsi guéris par M. le docteur Semieleder, de Vienne. La laryngotomie thyrohyoïdienne, pratiquée sans accident, malgré les appréhensions de quelques-uns d'entre nous, sur un malade que nous a présenté M. Follin, a permis à notre collègue d'exciser des polypes laryngiens dont on ne pouvait constater la présence qu'à l'aide du laryngoscope. Dans un cas dû à M. Trélat, la ligature d'une production de ce genre a été pratiquée par la bouche. De là une distinction capitale des polypes du larynx au point de vue de la médecine opératoire; les uns peuvent être vus sans l'intervention du laryngoscope, et être attaqués par la bouche; les autres ne peuvent être découverts que par l'examen de la cavité laryngienne et nécessitent une opération préalable spéciale.

Signalons une hypertrophie et procidence congénitale de la langue, guérie au moyen de l'écrasement linéaire.

Le procédé d'Esmarch contre l'immobilité des mâchoires a été l'objet de votre attention, à l'occasion de malades qui ont été présentés ici : pour arriver à un résultat satisfaisant, faut-il exciser au coin de la substance osseuse du maxillaire inférieur, interposer entre les fragments un lambeau de périoste, pratiquer la section en avant des adhérences ? Ces questions n'ont pas été résolues. Elle ne l'a pas été non plus, celle de savoir pourquoi des chirurgiens étrangers ont réussi, pourquoi des chirurgiens français ont échoué.

Les tendances de la Société de chirurgie paraissent dirigées vers la médecine opératoire. Ce n'est qu'à de longs intervalles que nous trouvons consignés dans ses procès-verbaux des faits de pathologie ou d'anatomie pathologique. En voici un cependant: il a trait à l'hypergenèse des éléments dentaires. Il tire son intérêt de l'âge du malade relativement peu avancé; ce qui a permis à M. Broca de préciser certains détails d'évolution, et de montrer les rapports qui existent entre des variétés considérées comme distinctes. La pièce, que toute la Société a examinée avec empressement, a présenté à la fois l'hypertrophie des éléments fibreux du bulbe et du périoste dentaire, la formation de

petits noyaux calcaires siégeant dans l'épaisseur même du bulbe et indépendants du chapeau de dentine qui devait plus tard les recouvrir, et enfin des productions anormales d'ivoire et d'émail. On a constaté une véritable hypergenèse de bulbes dentaires qui auraient pu fournir autant de dents qu'il y avait de bulbes.

Mais retournons à la médecine opératoire. Ici c'est un cas de bec-de-lièvre compliqué d'écartement de la voûte palatine et de division du palais, opéré quatre jours après la naissance, et qui prouve une fois de plus l'avantage d'opérer de bonne heure dans ces cas, ainsi que l'avaient déjà constaté MM. Depaul, Giraldès, Désormeaux et Chassaignac; là il s'agit d'un cancroïde très-étendu de la lèvre inférieure, adhérent au maxillaire correspondant, guéri depuis deux ans à la suite de l'ablation du cancroïde, de la résection de la mâchoire et d'une restauration de la lèvre par M. Bauchet. A une date antérieure, je trouve signalés les effets de la résection du maxillaire inférieur sur l'arcade dentaire supérieure, c'est-à-dire la déviation des dents vers la ligne médiane. Mais cette déviation a-t-elle lieu dans tous les cas? Serait-ce plus spécialement dans ceux où la perte de substance des os a été accompagnée de vastes délabrements des parties molles, qui ont amené une longue suppuration et une cicatrice dont la rétraction constante a entraîné une pression constante sur l'arcade dentaire? Quoi qu'il en soit, un appareil ingénieux a été appliqué par M. Legouest pour rétablir la continuité de la mâchoire inférieure tout en s'opposant au rapprochement des fragments. Une plaque métallique appliquée sur la voûte palatine et s'appuyant sur l'arcade dentaire a eu pour but de prévenir la déformation de cette voûte. Puis vient une enquête sur les ressources de la prothèse dans le cas d'arrêt de développement congénital des membres abdominaux et spécialement de l'un d'eux, travail patient dû à M. Debout, et qui montre l'étendue des bienfaits d'une prothèse intelligente. Dans le même ordre de recherches, le même auteur nous a lu une note sur l'emploi des enveloppes des moignons et les services que ces enveloppes rendent pour le jeu des appareils; enfin des observations qui démontrent que, dans des cas de grave mutilation de la charpente osseuse de la face, la prothèse mécanique est parvenue à lutter avec avantage contre les efforts de la prothèse organique agissant par les hardis procédés de l'autoplastie.

Chaque année l'étude des hernies soulève ici de nouvelles questions. Quelle est la cause de la gravité dans la hernie inguinale congénitale? Pour l'un, c'est la longueur de l'anse intestinale, pour l'autre c'est la péritonite herniaire démontrée par la grande quantité de liquide dont cette variété est habituellement accompagnée; pour celui-ci c'est l'élévation de l'étranglement, pour celui-là c'est le mode d'étranglement

qui est fait par un anneau agissant comme une bague chevalière, c'est-à-dire comprimant l'intestin beaucoup plus dans un point que dans l'autre; que si l'étranglement n'est pas uniforme, c'est que, fait remarquer M. Richet, le bout supérieur de l'intestin, distendu par les matières qu'il renferme, tombe dans le petit bassin et se coude sur le bord tranchant de l'anneau inguinal interne. Soulevée par M. Chassaignac, cette discussion nous a valu un mémoire de cet honorable collègue, mémoire dans lequel il combat la constriction uniformément circulaire soit par les anneaux fibreux, soit par le collet du sac. La véritable cause initiale de l'étranglement est une vive arête qui appartient aux anneaux aponévrotiques, en sorte que la constriction ressemble à celle qu'exercerait une ligature séparée de l'artère dans une partie de sa circonférence par un rouleau de sparadrap. Il admet comme adjuvant l'inflexion de l'intestin au niveau du coude qu'il forme en tombant dans le petit bassin. — Un de nos membres correspondants, M. Fleury, de Clermont, a fixé notre attention sur deux cas d'hémorrhagie à la suite de l'opération de la hernie crurale pratiquée sur des femmes à l'époque de la menstruation. Il n'y avait point d'artère blessée; il s'agissait d'une hémorrhagie en nappe; la guérison ne fut que retardée. Est-ce là une simple coïncidence? Y a-t-il une corrélation entre l'état menstruel et la perte de sang?..... L'observation ultérieure pourra seule répondre. L'histoire d'une opération de hernie crurale étranglée, dans laquelle une partie de l'intestin hernié était suspecte et fut maintenue au niveau de l'orifice après le débridement, montre tout ce qu'il y a de sage dans cette pratique depuis longtemps préconisée. Il s'ensuivit une rupture spontanée de l'intestin et une guérison rapide et spontanée de la fistule.

A quoi se résume une longue discussion sur l'uréthrotomie? Elle a provoqué la présentation de nouveaux uréthrotomes et l'exposé de la pratique de plusieurs membres. De toutes les observations qui ont été émises, il résulte cette conclusion, que l'uréthrotomie ne doit être employée que dans des cas exceptionnels; que la méthode de la dilatation, conduite avec patience et avec sagesse, expose à un moins grand nombre d'accidents et amène des guérisons qui se maintiennent un temps variable, selon les précautions ultérieures que prennent les malades après que leur urèthre a été dilaté. La combinaison de l'uréthrotomie et de la dilatation n'a pas paru offrir de résultats plus avantageux que la dilatation simple. Toutefois deux bons travaux ont été présentés devant la Société, l'un par M. Bourguet, d'Aix, en faveur de cette dernière méthode à laquelle étaient dues des guérisons qui dataient de six, huit, seize ans; l'autre par M. Maurice Perrin, qui, ayant pratiqué treize fois l'uréthrotomie dans le service des vénériens

à l'hôpital du Val-de-Grâce, a cherché à préciser les conditions dans lesquelles cette opération est préférable. L'expérimentation sur les sondes en caoutchouc vulcanisé a fait connaître la facilité avec laquelle ces algalis pénètrent malgré leur flexibilité, l'avantage de leur emploi dans les cas de paralysie de la vessie et d'hypertrophie de la prostate, leur inaltérabilité malgré un fréquent emploi, malgré un long séjour dans les voies urinaires. Les sondes et bougies de séve de balata sont également moins altérables que celles de caoutchouc, dont nous voyons s'écailler la surface avec rapidité. M. Morel Lavallée vous a encore signalé l'innovation heureuse qu'ont portée dans la fabrication de quelques instruments MM. Leiter, Robert et Collin, en substituant à l'argent le bronze d'aluminium. Avant de quitter cet aperçu sur les instruments, je vous ferai remarquer la canule imaginée par M. Demarquay pour obvier à un rétrécissement de la trachée.

Rien sur la lithotritie. Puissent, Messieurs, les réflexions que je me suis permis d'énoncer et qui s'appliquent encore plus à cette branche de l'art de guérir qu'à l'ophthalmologie, vous porter à présenter ici des faits qui prouvent que *nous avons le soin de préparer nos malades*, *que nous distinguons les instruments les meilleurs*, *que nous savons nous en servir;* en un mot, que nous sommes aussi aptes à faire la lithotritie qu'à pratiquer l'opération de la taille! Deux cas de lithotomie périnéale nous ont été soumis. Dans le premier, il s'agit d'une pierre énorme et très-dure chez un homme de 30 ans, épuisé par des excès de toute sorte, atteint d'hématurie depuis l'âge de 17 ans, sans douleurs rénales, n'éprouvant de dysurie que depuis six ans et rendant l'urine à chaque instant et goutte par goutte. Le cathétérisme est facile; la sonde, arrêtée au niveau du col de la vessie, permet de constater le calcul, dont il n'est pas possible de mesurer le volume, vu l'impossibilité d'explorer la cavité vésicale. Le toucher rectal indique que la base de la concrétion dépasse la limite de la longueur du doigt introduit. Il est décidé que la taille périnéale sera pratiquée et que le broiement sera indispensable pour extraire les fragments. L'opération est entreprise, le malade chloroformé; mais les tentatives de broiement sont infructueuses, malgré l'emploi d'un percuteur volumineux. L'idée de la cystotomie hypogastrique est repoussée, vu le volume du corps étranger. Le malade a succombé trois jours après cette opération inachevée. Rendons hommage à M. Dolbeau, qui s'est empressé de faire part à la Société de ce cas rare et malheureux. Notre collègue nous a présenté la pierre, qui était d'une dureté remarquable, et a déclaré que dans un cas analogue il serait plus sage de s'abstenir de toute intervention. La discussion qui s'est élevée à ce sujet a mis en lumière un fait qui n'est pas assez généralement

connu, c'est que le chloroforme n'a aucune action sur la vessie, dont les parois se contractent pendant le sommeil comme celles de l'utérus; elle a encore été l'occasion pour deux de nos collègues de citer chacun un fait de taille hypogastrique pratiquée de préférence à la taille périnéale, à cause du volume du calcul. Dans un de ces faits nous avons remarqué un embarras causé par le dard de la sonde de Belmas qui sortit à travers la paroi vésicale au delà de son bouton, en sorte que cette paroi glissa sur la tige et vint coiffer le bec de la sonde. La poche vésicale dut être incisée sans conducteur. Une hémorrhagie évidemment artérielle, un instant inquiétante, fut arrêtée au bout d'une demi-heure à l'aide d'abondantes injections d'eau froide.

Le second cas de lithotomie périnéale est dû à M. Chassaignac, qui s'est servi de l'écraseur linéaire. Mais n'est-ce pas chercher des difficultés que de se servir de cet instrument? N'est-ce point favoriser la formation de fistules? A quoi bon couper le sphincter de l'anus? L'hémorrhagie est-elle assez commune quand on emploie les instruments ordinaires, pour qu'elle doive y faire renoncer? Telles sont les objections qui ont été émises. Sans doute l'hémorrhagie s'observe quelquefois, mais elle est loin d'être fréquente. M. Chassaignac trouve un avantage à se servir de l'écraseur; il pense éviter plus facilement l'infiltration d'urine.

Une observation d'éléphantiasis du pénis a été complétée par M. Goyrand qui, dix années auparavant, avait appelé l'attention de la Société sur cette lésion. Une récidive s'était manifestée au bout de deux ans, et une nouvelle extirpation avait guéri le malade qui a succombé sept ans après à une hémorrhagie cérébrale. Notre collègue pense que les récidives dans l'éléphantiasis sont la règle et dues à une continuation du mal primitif dont les limites sont vagues. L'opinion contraire a été exprimée par M. Larrey, qui a fait remarquer que l'éléphantiasis, habituellement pédiculée, est supportée par la peau restée saine des régions inguino-crurales, et que le chirurgien peut porter l'instrument tranchant assez haut pour ne laisser aucune racine du mal. A ce fait a été joint un autre cas remarquable d'éléphantiasis ayant son siége sur le pavillon de l'oreille chez une femme âgée.

Comme la question des polypes naso-pharyngiens, celle des fistules vésico-vaginales a eu le privilége d'occuper souvent la Société de chirurgie; aussi des observations lui sont-elles souvent adressées sur ce sujet. Vous avez entendu l'histoire d'une femme primipare ayant un léger rétrécissement du bassin, chez laquelle l'application du forceps fut indispensable, et qui eut un écoulement involontaire d'urine six jours après. Elle était alors atteinte d'une perforation de la cloison vésico-vaginale d'un centimètre de diamètre, qui avait son siége à

quatre centimètres au-dessus de l'orifice vulvaire. Cette ouverture se ferma spontanément cinquante jours après l'accouchement. La persistance de la guérison a été confirmée plusieurs mois plus tard. Une autre fistule de trois centimètres de diamètre, transversale, fut opérée par le procédé de Bozeman; insuccès. Environ deux mois après, le procédé de M. Marion Sims fut employé, une guérison complète fut obtenue. Un accouchement naturel avait chez une autre femme occasionné une inflammation violente des parties génitales; oblitération consécutive du vagin; rétention des règles et accidents. L'incision du diaphragme inodulaire, malgré diverses complications, amène un rétablissement lent, mais qui est définitivement constaté cinq mois après l'opération. Un des cas les plus remarquables de lésion du vagin est celui qui a trait à un kyste situé dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale et qui communiquait par une ouverture située à sa partie supérieure avec la cavité du péritoine.

Y a-t-il, Messieurs, un rapport tératologique à établir entre l'existence d'un anus normal, mais imperforé, et l'absence du rectum? Cette question soulevée devant vous, si elle était résolue d'une manière certaine, entraînerait ni plus ni moins l'inutilité des recherches de l'intestin du côté du périnée, et nécessiterait d'emblée l'établissement d'un anus artificiel par la méthode de Littre. Une observation affirmative a été produite, mais son auteur s'est bien gardé d'en déduire une conclusion générale, et plusieurs de nos collègues ont prêté l'exemple de quelques faits à sa manière de voir: aussi la proposition de M. Trélat, qui n'hésiterait pas à proposer immédiatement l'établissement d'un anus artificiel par le procédé de Littre, lorsqu'il existe chez un enfant un anus bien conformé, mais imperforé, à une profondeur d'un centimètre environ, a-t-elle paru beaucoup trop absolue. La question subséquente de savoir s'il faut opérer à droite ou à gauche dépend de la situation de l'S iliaque. Or, contrairement à l'assertion de M. Huguier, les recherches et les communications qui ont été produites établissent que cette partie de l'intestin n'est qu'exceptionnellement du côté droit.

Le mal perforant de la plante du pied serait-il toujours accompagné d'une lésion particulière des artères du membre inférieur correspondant? Nous ne le savons pas encore. Voici ce qu'a trouvé M. Péan dans un cas dont il a entretenu la Société de chirurgie: les artères présentaient toutes les lésions de l'artérite chronique : épaississement considérable des tuniques, incrustations calcaires nombreuses disséminées dans leurs parois. Les artères plantaires, pédieuses et tibiales renfermaient des concrétions fibrineuses, mélaniques, qui obstruaient une partie de leur calibre.

Il me reste encore, Messieurs, à vous exposer les travaux de la

Société sur les maladies des artères, des veines, de la peau, du squelette et sur celle des articulations.

Bien des tentatives ont été faites, vous le savez, pour arrêter l'issue du sang à la surface de la plaie d'une amputation, dans le but d'éviter la présence de corps étrangers dans l'épaisseur des parties molles et de hâter la réunion. Inaugurée par M. Simpson, l'acupressure a été expérimentée en France par M. Foucher. Notre collègue n'a point eu à réprimer d'hémorrhagie primitive ni consécutive, mais il n'a constaté aucun avantage par cette méthode sur la marche habituelle des plaies des amputés.

Vous avez vu un malade qui avait été atteint d'un anévrysme traumatique au niveau de l'anneau du troisième adducteur. Traité par M. Chassaignac au moyen de la compression qui n'avait duré que sept heures, il paraissait avoir obtenu une guérison incontestable. Six semaines après, les battements reviennnent au niveau de la tumeur; nouvelle compression; plus de battements; la guérison définitive date d'un mois. Il ne faut cependant pas confondre des battements de retour avec une récidive. Aussi M. Velpeau se demande ce que devient l'artère à la suite de la guérison par la compression? Est-elle oblitérée? Est-ce la poche seule qui se comble et se rétracte? M. Broca répond qu'on a trouvé un bouchon fibrineux dur et solide, exactement semblable à celui que provoque la ligature lorsqu'elle est suivie de succès, et M. Giraldès rapporte deux cas de M. Prescott Hewett dans lesquels les artères étaient perméables et les sacs seuls remplis de caillots. Mais dans la discussion un fait a été cité qui a une grande importance. Une compression mécanique est appliquée dans un cas d'anévrysme de la partie supérieure de l'humérale. Deux heures et quart étaient à peine écoulés que le malade, ne pouvant tolérer la douleur, enlève l'appareil. Les battements ont disparu. Au bout de peu de jours ils reparaissent; tout moyen curatif est repoussé au bout de deux mois; la tumeur de l'anévrysme est dure et les battements ont diminué d'intensité; au bout de trois mois ils ont disparu; la guérison est confirmée. Vous avez également remarqué la pièce d'anatomie pathologique que vous a présentée M. Broca, d'anévrysme artério-veineux du pli du coude, compliqué d'une énorme dilatation consécutive des artères humérale, axillaire et sous-clavière, mais plus spécialement d'un anévrysme artériel, gros comme un œuf de poule dans la partie moyenne du bras. Le cas qui a été relaté par M. Notta était un véritable anévrysme faux consécutif occasionné par la piqûre de l'artère humérale dans une saignée malheureuse.

La question de l'utilité de la ligature préalable de l'artère carotide primitive pour l'extirpation des tumeurs parotidiennes a été soulevée

par M. Verneuil, qui avait trouvé avantage à faire cette ligature dans un cas de récidive d'un carcinome de la parotide. Le cas qu'il a rapporté devant la Société, intéressant d'ailleurs, empruntait cependant son véritable intérêt à l'opération préalable dont il s'agit. MM. Chassaignac, Richet, Guersant ont conclu à la plus grande réserve dans cette ligature, qu'ils ne seraient tentés de pratiquer que dans des cas exceptionnels. M. Broca pencherait vers la ligature de la carotide externe quand elle est possible.

Un point curieux de la structure des tumeurs érectiles déja indiqué par Porta, a été vérifié par MM. Broca et Follin : des granulations existent dans ces tumeurs et ressemblent jusqu'à un certain point aux glomérules du rein. Elles reçoivent un vaisseau afférent, émettent un vaisseau efférent, entre lesquels sont des ramifications nombreuses formant un peloton vasculaire.

Vous avez entendu un rapport sur un travail de M. Oré, de Bordeaux, à l'occasion de ses recherches physiologiques et pathologiques sur la transfusion du sang. Il résulte de ces recherches que le sang défibriné d'un animal peut être injecté sans inconvénient, quand il l'est à petites doses dans les veines d'un animal de la même espèce; que des animaux épuisés par une saignée préalable peuvent par ce moyen être rappelés à la vie, et qu'il suffit pour cela de leur injecter une quantité de sang bien inférieure à celle qu'ils ont perdue. Mais bien des questions sont restées indécises: quelle doit être la dose de l'injection? Quelle la température du sang? Quelle la qualité de la défibrination préalable? Le procédé, le manuel opératoire n'ont pas non plus été déterminés. Qui plus est, enlever au sang sa fibrine n'est-ce pas lui enlever une partie de sa vitalité? Pour les cas qui ont été cités dans l'espèce humaine, où est le tableau des symptômes qui indiquaient que la transfusion était indispensable? Quant aux hémorrhagies des femmes en couche, M. Depaul ne trouve pas une seule observation concluante en faveur de la transfusion. Ces hémorrhagies ont lieu de deux façons: ou leur marche est aiguë, rapide, en quelque sorte foudroyante, et alors on n'a pas le temps d'agir; ou elle est lente, chronique pour ainsi dire, et il est très-rare qu'elle entraîne par elle-même la mort.

Je ne ferai que citer une tumeur formée par les glandes sudoripares, un cas de syphilis communiqué par la vaccine, qui est un des plus beaux que M. Cullerier ait constatés.

La cure du spina-bifida par des ponctions et la compression a réussi trois fois entre les mains de M. Giraldès. Mais ces mêmes opérés ont succombé consécutivement à une hydrocéphalie. Notre collègue se proposait de traiter de la même manière un jeune enfant de deux ans et demi qui a succombé à une rougeole. La pièce pathologique a dé-

montré que les nerfs de la queue de cheval étaient étalés sur la paroi de la tumeur, circonstance qui était peu favorable à l'injection iodée.

Nous avons, Messieurs, recueilli plusieurs cas de luxation. Il en est deux de la colonne vertébrale; l'une d'elles cependant n'est que probable, parce que le malade n'a pas succombé, et que M. Richet ne fait que conjecturer qu'il a réduit le déplacement; cette luxation aurait eu lieu entre la quatrième et la cinquième vertèbre du cou. L'autre est une luxation latérale gauche de la cinquième vertèbre cervicale sur la sixième, compliquée d'une déchirure de la moelle épinière. Vous avez vu un exemple de la luxation double de la mâchoire inférieure; l'apophyse coronoïde n'était pas accrochée par le tubercule inférieur de l'os molaire. Il n'existait dans la science que trois observations de luxation sous-acromiale de la clavicule; nous en devons une quatrième et une cinquième à M. Morel-Lavallée, qui en a exposé les symptômes et le mode de réduction. Notre honorable collègue nous a rapporté encore un cas de luxation de l'extrémité interne du même os en avant. Grâce à son infatigable activité, nous avons pu examiner une pièce pathologique intéressante de luxation scapulo-humérale dans laquelle on voyait que la capsule avait été arrachée tout autour de la tête de l'humérus, et était restée attachée au pourtour de la cavité glénoïde. Les muscles sus et sous-épineux étaient arrachés au niveau de leur insertion humérale et avaient enlevé une partie de l'écorce de l'os. Le nerf circonflexe n'était pas distendu. La luxation ilio-ischiatique, à l'occasion de laquelle M. Legouest a lu un rapport, était remarquable par l'enroulement du pyramidal autour du col du fémur sur lequel ce muscle était tendu comme une corde. Cette disposition formait obstacle à la réduction. Enfin la luxation complète du pied, en arrière et en haut, sans fracture du péroné dont M. Azam, de Bordeaux, vous avait envoyé le plâtre, a été reconnue après discussion pour une fracture spéciale du péroné et de la partie postérieure de la surface astragalienne du tibia, fractures qui ne soutenant plus l'astragale, occasionnaient une subluxation du pied en vertu de laquelle le talon était relevé et les orteils abaissés.

Il est inutile, Messieurs, de vous rappeler la trop fameuse question posée comme sujet de prix à l'Académie des sciences. Vous avez réduit à leurs justes limites les prétentions d'une chirurgie qui, parée d'un nom nouveau, annonçait des merveilles. Tout en reconnaissant avec impartialité les quelques succès de l'urano-plastie périostique, vous vous êtes empressés de faire rentrer dans la chirurgie commune, la chirurgie de tous, celle qu'ont pratiquée nos devanciers, des faits qui ne touchaient pas en réalité à la question. Sans vouloir décourager les efforts de ceux qui se sont abandonnés à l'espérance du succès, vous avez indiqué combien il y avait encore d'observations à faire pour déter-

miner si tel os n'était pas plus apte à être régénéré que tel autre, vous avez noté l'influence de l'âge, les conditions anatomiques du périoste au milieu d'une plaie qui suppure. Enfin, au point de vue de l'histoire, vous avez rendu à chacun ce qui lui est dû. En traitant toutes les questions qui s'élèveront dans son sein, comme elle a traité, à l'occasion d'un rapport de M. Forget, celle de l'influence des fonctions génératrices du périoste sur les opérations que l'on pratique sur les os, la Société de chirurgie aura toujours bien mérité de la science.

FIN DU TOME QUATRIÈME.

TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES,

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL.

A

B

C

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TABLE DES AUTEURS.

E

F

G

H

I

J

L

V

W



FIN DE LA TABLE DES AUTEURS.